

ISSN 2545-8639



ECOS

**Revista Científica de la Asociación
Argentina de Musicoterapia**

**Vol. 2, n°1
Noviembre 2017**

ECOS

Revista Científica de la Asociación Argentina de Musicoterapia



Vol. 2, n°1

Noviembre 2017

ISSN 2545-8639

Comité Editorial

Lic. Díaz Abrahan Veronika.

Laboratorio Interdisciplinario de Neurociencia Cognitiva (LINC), Centro de estudios Multidisciplinarios en Sistemas Complejos y Ciencias de Cerebro (CEMSC3), Universidad Nacional de San Martín, CONICET.

Lic. Godetti, Erica

Universidad Nacional de Buenos Aires.

Lic. Pensa, Elena

Universidad Nacional de Buenos Aires.

Lic. Moscuza, Cecilia.

Universidad Nacional de Buenos Aires. Musicoterapeuta especialista en pacientes en tratamiento de infertilidad. Miembro comisión directiva Asociación Argentina de Musicoterapia.

Correctores de Estilo

Lic. Ranticho, Martin.

Universidad Nacional de Buenos Aires.

Lic. Blacha, Ramiro.

Universidad Nacional de Buenos Aires.



ECOS, Revista Científica de la Asociación Argentina de Musicoterapia. ISSN 2545-8639

<http://asamdifusion.wixsite.com/musicoterapia/ecos->

ecos.asam@gmail.com

ECOS es una publicación de ASAM (www.musicoterapia.org.ar)

Comité Científico Permanente

Lic. Tosto, Virginia.

Musicoterapeuta (USAL). Doctoranda en Historia y Epistemología de la Ciencia (Universidad Nacional de Tres de Febrero). Universidad de Buenos Aires. Asociación Argentina de Musicoterapia.

Lic. Coluccio, Andrea.

Universidad Nacional de Buenos Aires. Hospital "Braulio A. Moyano". Coordinadora Local de concurrentes del Hospital Moyano.

Dr. Shifes, Favio.

Laboratorio para el Estudio de la Experiencia Musical (LEEM) - Facultad de Bellas Artes (FBA) - Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

Lic. Rodríguez, Julieta.

Musicoterapeuta (USAL). Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Asociación Argentina de Musicoterapia.

Dra. Justel, Nadia.

Laboratorio Interdisciplinario de Neurociencia Cognitiva, Centro de estudios Multidisciplinarios en Sistemas Complejos y Ciencias de Cerebro (CEMSC3), CONICET

Lic. Cannarozzo, Veronica.

Universidad Nacional de Buenos Aires. Directora de la Cátedra Libre Musicoterapia (UNLP), Maestría en Derechos Humanos (Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales - UNLP). Miembro Comisión Directiva Asociación Argentina de Musicoterapia.

Lic. Orellana, Sergio.

Musicoterapeuta (UBA). Co-Director de Siete Sentidos - Instituto Norpatagónico de Neu-

rehabilitación (Gral. Roca, Río Negro). Miembro Comisión Directiva Asociación Argentina de Musicoterapia.

Lic. Zambonini, Juan Pedro.

Musicoterapeuta (USAL). Temple University, Filadelfia, EEUU.

Lic. Pawlowicz, María Pía.

Universidad de Buenos Aires, Especialización en Cs. Sociales y Salud. FLACSO, Maestría en Cs. Sociales y Salud.. FLACSO - CEDES.

Lic. Vesco, Carolina.

Musicoterapeuta (USAL). Universidad de Buenos Aires. Miembro Comisión Directiva Asociación Argentina de Musicoterapia.

Lic. Zimbaldo, Ariel.

Universidad de Buenos Aires. Universidad de Rosario, Especialización en Gestión y Docencia para la Educación Superior (UnTREF). Collegium Musicum.

Lic. Vidret, Marcos.

Musicoterapeuta (USAL). Universidad de Buenos Aires. Universidad del Salvador. Asociación Argentina de Musicoterapia.

Lic. Santestevan, Selva.

Musicoterapeuta (USAL). Lic en Psicología (Universidad de Buenos Aires.). Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

Lic. Federico, Gabriel.

Musicoterapeuta (USAL). Centro CAMINO (Centro Argentino de Musicoterapia e Investigación en Neurodesarrollo y Obstetricia). Asociación Argentina de Musicoterapia.

Lic. Luis Analia.

Musicoterapeuta. FLENI

Índice

Nota Editorial 7

Artículos

Interpretación y ética en la intervención: reflexiones en torno a la noción de emergente en musicoterapia.

Álvarez Natalia 8

Las radios de salud mental y su encrucijada legal.

Abramovici Gabriel. 17

Método GIM y Educación Emocional: Adaptaciones del Método en el Ámbito Educativo.

Rothpflug Verónica 32

Estudio de Caso

Efectos del abordaje musicoterapéutico con niños atendidos en dupla en el servicio de salud mental del hospital de niños pedro de Elizalde.

Rodríguez Julieta S 62

Terapia Vibroacústica, visualizaciones guiadas y desapego emocional. Un estudio de caso.

Zain Jorge 101

Nota Clínica

“Escans(c)ión”: del padecimiento a la obra artística.

Torres Javier Carlos. 126

Entrevista

Técnica MIR. Música, imagen y relajación. Entrevista Montserrat Gimeno.

Diaz Abrahan Veronika & Godetti Erica 149

Artículo de interesa general

Consultas frecuentes sobre Matriculación y Monotributo.

Pensa Elena & Godetti Erica. 162

Directrices para Autores 167

Nota Editorial

ECOS, Revista Científica de la Asociación Argentina de Musicoterapia, surge del conjunto de las iniciativas de la Comisión Biblioteca de ASAM, con el fin de contribuir al desarrollo de la Musicoterapia y fomentar el intercambio entre profesionales de diferentes disciplinas y sectores del país.

La revista se ocupa de la publicación de artículos de corte empírico o teórico, con énfasis básico o aplicado, toda vez que procuren el desarrollo científico de la musicoterapia, en sus distintos niveles, ámbitos o áreas. Recibiendo los aportes de diferentes modelos o enfoques metodológicos, la revista pretende contribuir con la divulgación y el intercambio del conocimiento científico musicoterapéutico en los escenarios nacionales e internacionales.

También están abiertas las puertas para aquellos artículos que desde las ciencias sociales, exactas y humanas, la inter y la transdisciplinariedad aporten al campo de la Musicoterapia. Por lo tanto la revista estará dirigida a la comunidad científica, profesional y académica, como también a toda la comunidad de las ciencias humanas y sociales en general y de las ciencias de la salud.

Ecos representa la apertura de un espacio específico para la visibilización de la producción Latinoamericana que busca así convertirse en una fuente de consulta dentro de la comunidad científico-académica.

Hacer eco del conocimiento es nuestro mayor objetivo

Comité Editorial Revista Ecos

Artículo de Reflexión

Interpretación y ética en la intervención: reflexiones en torno a la noción de emergente en musicoterapia

Lic. Natalia Álvarez

Universidad Nacional de Buenos Aires. Asociación Argentina de Musicoterapia

aznatalia@yahoo.com.ar

Resumen

Se presenta una reflexión acerca de la noción de emergente por dos vías de entrada: una que toma al emergente como producto de la interpretación del musicoterapeuta, adoptando una postura de constante revisión y reflexión crítica que entiende a la verdad como ficción útil sólo de manera temporaria; y otra que persigue una postura ética que contemple la contingencia como premisa para dar lugar a la singularidad de la persona, desde una estrategia de acción que trabaje con la incertidumbre. Por el cruce entre ambas se comprende lo que podemos considerar una ética de la intervención.

Palabras clave

Interpretación, intervención, emergente, contingencia.



ECOS, Revista Científica de la Asociación Argentina de Musicoterapia. ISSN 2545-8639

<http://asamdifusion.wixsite.com/musicoterapia/ecos->

ECOS es una publicación de ASAM (www.musicoterapia.org.ar)

Recibido: 10/9/2017 Aceptado: 20/10/2017

Tal vez podríamos comenzar aclarando que sobre lo que va a tratar de echar luz este escrito, es sobre el término “emergente”. Que el título no se refiera directamente a él, es una estrategia para evitar subestimar su lectura y, por el contrario, llevar la atención del lector hacia, precisamente, el sentido que intentaremos darle, que será desde la comprensión de la noción de **interpretación**. Esto es porque notamos que la palabra emergente aparece en el transcurrir de clases, disertaciones, escritos, da nombre a materias, etc., sin dejar en claro qué se entiende por ella. Más aún, si tratásemos de definir “emergente” en el contexto de la musicoterapia, seguramente entraríamos en desacuerdos, dudas, lo cual no estaría mal, pero el problema que se observa entre los musicoterapeutas es que no terminamos de explicitar a qué nos referimos cuando decimos “emergente”.

Por ello, cabe hacer una segunda

aclaración consistente en avisar al lector que lo que va a encontrar en este breve escrito es una posición tomada, que no es más que una entre múltiples posibles. No intentaremos obtener el significado último ni “el” fundamento de nuestra metodología, si es que nos abrigamos en alguna, sino simplemente ofrecer una argumentación posible acerca del valor del emergente en el interior de lo que podría considerarse una **ética de la intervención**.

Pensemos, por ejemplo, acerca de ese abismo que se abre frente a nosotros cuando la persona (o grupo) improvisa. La cantidad de acciones posibles que tenemos a disposición son infinitas. ¿Cómo decidirse por alguna? En consecuencia, la pregunta que tiene lugar es acerca de la pertinencia de la acción, en otras palabras, qué es lo que le daría estatuto de intervención a una acción realizada por el musicoterapeuta.¹ Por supuesto que esto puede corroborarse a posteriori en la

¹Toda acción del musicoterapeuta, intencionada o no, podrá tener repercusiones sobre la actitud

del paciente, aunque aquí entendemos que la verdadera intervención es una acción (la

supervisión, pero en ese instante de soledad, el musicoterapeuta toma **una decisión**. Esa decisión, debería apoyarse en la interpretación de un hecho o conjunto de hechos como emergente. De esto se entiende que no todo lo que sucede en sesión se lleva el mote de emergente, sino que es la interpretación del terapeuta la que le confiere ese estatuto. Se trataría de un elemento mediador que *“nos libera de todas las ilusiones de una inmediatez de la vivencia, de la visión, de la intuición o de la toma de conciencia”* (Trías, 2010). Esta modalidad de trascender las apariencias, que es la novedad introducida por los llamados “maestros de la sospecha”, Nietzsche, Marx y Freud (Ricoeur, s/f; Foucault, 2010) es el descubrimiento de que aquella profundidad o interioridad de las cosas que se buscaba en la conciencia, desde entonces será entendida como una exterioridad que hay que develar. Hacia ese

exterior (exterior a la apariencia inmediata ante una conciencia o visión) nos dirigimos cada vez que logramos dejar caer una *máscara* (impostura, ficción para burlar la realidad) que, al contrario de ponernos a hurgar en las profundidades, se trata sino de distinguir un *pliegue* de la superficie (Foucault, 2010). Y, como decía Nietzsche, como debajo de una máscara, siempre hay otra máscara, mal que nos pese, la interpretación es una tarea infinita, ya que en el fondo todo hecho es una interpretación y no hay nada absolutamente primario que interpretar.

Los maestros de la sospecha, explica Foucault (2010), no han dado un sentido nuevo a cosas que no lo tenían, sino que han cambiado la naturaleza del signo y han modificado la forma en que generalmente se interpretaba el signo. Para ellos el signo recubre ya una interpretación, y gracias a estos pensadores, la

abstinencia también lo es) mediada por un pensamiento estratégico que prioriza los objetivos planteados de manera particular para

cada caso, al contrario de la actividad o programa planificados a priori.

interpretación se ha convertido en una tarea infinita. Más aún, en la medida que avanza, la interpretación queda en suspenso al borde de sí misma, bajo el riesgo de desaparecer como interpretación, incluso pudiendo significar la desaparición del intérprete.

Con Nietzsche la razón sólo tiene el carácter de crear ficciones: al manifestar que no hay hechos sino sólo interpretaciones, nos sugiere que debemos pensar en qué se está pensando, es decir, para el filósofo no hay un sí o un no, una síntesis en el sentido hegeliano, sino que la configuración de lo real debe ser pensada en términos de lo deviniente, de ficciones o “errores” útiles temporariamente, y con esto introduce una idea de circularidad de la hermenéutica. La misma idea de sujeto ya no es una sustancia, un yo, sino un continuo movimiento donde no hay asentamiento. Para Nietzsche la realidad no es más que una perspectiva que cada quien crea para ordenar lo caótico.

Ahora bien, qué consuelo podría

darnos la novedad introducida por la Escuela de la Sospecha, cuál sería nuestro reaseguro si ningún tipo de certeza apuntala nuestra intervención. Los pensadores de la sospecha nos invitan a cuestionar el estatuto de verdad, a dudar de las formas aparentes, de las ideas manifiestas, a descreer que existe un fundamento último al que se debe acceder, o un principio, un origen. Lo que sí importa a estos pensadores es *quien* ha propuesto la interpretación, es decir que quien es verídico es el intérprete y no su interpretación. En definitiva, se observa en la hermenéutica moderna una supremacía de quien pronuncia la interpretación por sobre los signos (Foucault, 2010). A fin de cuentas, habrá que tener la humildad de pensar que la interpretación sobre el hecho observado en sesión y su intervención derivada, no son más que una opción, una entre infinitas posibles, y que el corpus teórico del que se vale el profesional, será el mediador. “Tomar el emergente”, como solemos escuchar, no es tomar lo primero

que se nos cruza por delante, ni tampoco es descubrir una verdad oculta, sino que se trataría de encontrar un sentido, uno entre muchos posibles, a un hecho que sobresale ante nuestra percepción, sirviendo de tamíz los conceptos que conforman la disciplina. En otras palabras, **el emergente es creado por nuestra interpretación**. Al decir de Eduardo Grüner (1995), *“La interpretación es, allí, ese Acontecimiento que funda un nuevo Logos, un nuevo espacio de inteligibilidad desde el cual todo el “mapa” de la cultura se recompone. Y que lo hace por la imaginación, por la construcción de un “relato”, de una “ficción” si se quiere decir así, pero de una ficción que genera un nuevo **régimen de verdad** (el subrayado es propio) desde el cual leer las otras ficciones”*. Entonces, como no existen hechos sino sólo interpretaciones, en el proceso terapéutico se irán construyendo hipótesis de trabajo que guiarán esas interpretaciones y así las intervenciones, que nos darán a pensar direcciones, objetivos, para acompañar a la

persona en el camino de la búsqueda de un sí mismo creador, que salga de lo estereotipado, lo repetitivo y genere otra posibilidad, una nueva estética de la existencia como práctica de libertad (Foucault, 1994).

Esto último se enlaza con una segunda arista que implica la interpretación del emergente, aquella que involucra la noción de **contingencia**. Si bien “emerger” de acuerdo con el diccionario significa brotar, salir a la superficie y destacarse de un conjunto, creemos que su condición de posibilidad está supeditada a una actitud de apertura al **acontecimiento**, actitud que en nuestro caso atañe al musicoterapeuta. Porque es indispensable que la escucha y la mirada del musicoterapeuta estén atentas a la emergencia de la singularidad, a brotes de creación, a gérmenes de libertad creadora, que “deje lugar” a lo inesperado, a lo incierto, aleatorio, eventual, circunstancial, accidental, casual, es decir, a la contingencia. Y allí donde sospechamos

que la sujeción domina a la expresión, donde creemos escuchar el padecimiento, también emergerá una lectura (interpretación) que devenga en una actitud del musicoterapeuta (intervención). Coincidimos con Gustavo Gauna (2009) cuando propone no pensar en términos de planificación (en el sentido de que el orden pre-establecido no sería coherente con la incertidumbre y la dialógica orden-desorden del escenario actual, imposibilitando la correlación de los pasos a seguir para alcanzar el objetivo del programa) sino **“pensar estratégicamente”**, trabajar con la incertidumbre, actuar y pensar en la incertidumbre, ya que la estrategia es plausible de ser modificada en función de nuevas informaciones, azares, acontecimientos.

Pensemos en una sesión planificada de principio a fin, donde se persiguen pasos a seguir de manera cronológica y ordenada. En ese tipo de encuadre sólo importan las respuestas y los resultados obtenidos a partir de las propuestas del terapeuta. Hay

muy poco o nulo lugar para el azar, para salirse del sendero, para *diseminarse...* Porque, como decíamos hace un momento, la búsqueda de un sí mismo creador no sería, a nuestro entender, un problema de tipo disciplinario, a lo que se pudiera acceder mediante “recetas” de la técnica musicoterapéutica. Más bien se trataría de una cuestión **ética**. Si consideramos que, de por sí, toda interpretación en la medida que adiciona al hecho algo que proviene del intérprete, es violenta (Foucault, 2010) o arrogante (Sontag, 2005) porque altera el hecho en sí, apremia entonces, aunque más no sea por un breve instante, vacilar ante cada intervención. Porque poner por delante a la ética en la tarea cotidiana facilitaría que la técnica vaya al encuentro de la **singularidad**.

Paul Ricoeur, filósofo francés del s. xx, que a lo largo de su obra se ha dedicado a pensar el papel del tiempo y la narración en la conformación de la identidad, señala que *“una vida no es más que un fenómeno biológico en tanto la vida no sea*

interpretada. Y en la interpretación, la ficción desempeña un papel mediador considerable" (Ricoeur, 2006). Ricoeur insiste en que la propia identidad no es una dimensión estanca, inmutable, sino que se re-interpreta con cada nuevo acontecimiento, con cada nueva experiencia, y es entonces la narración la que va modificando a quien narra. Él mismo se ha referido a estos tres pensadores como los maestros de la sospecha, como aquellos que nos han exigido desenmascarar o desmontar las mentiras e ilusiones de la conciencia social e individual, fomentando la sospecha y poniendo en evidencia el "ardid" o "estratagema" en el que se apoya toda esa falsedad (Ricoeur, s/f). La idea de sujeto, conciencia, yo, de ciencia, de religión, de identidad, serían ficciones lógicas o útiles para poder seguir viviendo². Para Ricoeur, el "ardid del desciframiento" apuntaría a una extensión de la conciencia, y no a su

detrimento.

Las ficciones de las que nos valemos subjetivamente, son lógicas o útiles, porque *"lo que no reconoce la conciencia, es aquello que se le resiste, lo que permanece en su opacidad sin poder ser llevado al ámbito de la racionalidad clara"*(Cragolini, 1999). Es decir que al final de cuentas, el ámbito mismo donde se desenvuelve nuestro quehacer es parte de esa ficción, por ello, nuestra invitación a una postura de constante revisión crítica y reflexión, a una ética de la interpretación.

Al interior de nuestra disciplina, Even Ruud (1998) al referirse a la investigación, entre otras cosas, opina que habría que desarrollar una herramienta de interpretación que lograra deconstruir el proceso triádico que conforman las estructuras musicales, las experiencias del cliente y la intervención del musicoterapeuta. Para ello, señala que deberíamos enteder a la situación

²Para las nociones de ficción y de verdad, véase Friedrich Nietzsche, *Sobre verdad y mentira en*

sentido extramoral, Madrid, Tecnos, 1996.

musicoterapéutica como un texto, y tomar para su lectura la diversidad teórica y metodológica de las ciencias humanas. Al mismo tiempo aclara que los musicoterapeutas traen a la situación sus **valores e intereses individuales** al crear diferentes categorías que determinan, a la vez, la interpretación y la elección del método. Razón por la cual, para Ruud es imposible pensar la existencia de teorías objetivas y universales en musicoterapia.

En conclusión, volviendo a la noción de emergente, en primer lugar, sostuvimos que cada musicoterapeuta debería aceptar que los aspectos discursivos y narrativos por los que expresa su trabajo clínico son propios de su actividad científica, que diferirán de los de otros colegas con realidades subjetivas y culturales diversas, y que estos aspectos influyen sobre su percepción y lo conducen a crear una realidad particular (Ruud, 1998). En consecuencia, la interpretación del emergente no es más que eso, “una” interpretación, la propia de que quien

interpreta, por eso la pregunta por el “quien” de la interpretación, que le da un origen y un sentido a la misma. Y en segundo lugar, dijimos que habrá que “dejar lugar” a su aparición, no planificar, sino optar por un escenario de acción que pueda modificarse con cada nuevo acontecimiento, cada nueva información, y así confiar en la posibilidad de que la singularidad del otro, paciente, usuario, acontezca.

Referencias

- Cragolini, M. (1999). Aportes para una lógica paradójica. *Cuadernos de Ética*, 27, 33-45.
- Foucault, M. (1994). La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. En *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Ediciones de La Piqueta
- Foucault, M. (2010). *Nietzsche, Marx, Freud*. La página: Buenos Aires.
- Gauna, G. (2009). *Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez*. Buenos Aires: Koyatun
- Grüner, E. (1995). *Prólogo. Foucault: una política de la interpretación*. en Michel Foucault, *Nietzsche, Freud, Marx*. Buenos Aires: El cielo por asalto.
- Nietzsche, F. (1996). *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*. Madrid: Tecnos.
- Ricoeur, P. (2006). La vida: un relato en busca de narrador. *Revista ÁGORA*, 25 (2), 9-22.
- Ricoeur, P. (s/f) “La interpretación como ejercicio de la sospecha”. Recuperado en octubre, 2017, Disponible en <http://puenteromano.net/wp-content/uploads/2016/09/FilosofiadelaSospechaprofundizacion.pdf>

Ruud, E. (1998). Science as metacritique. *Journal of music therapy*, xxxv (3), 218-224.

Sontag, S. (2005). *Contra la interpretación*. Alfaguara; Buenos Aires.

Trías, E. (2010). Estudio preliminar. Nietzsche, Freud y Marx: ¿Revolución o reforma?, en Michel Foucault, *Nietzsche, Marx, Freud*. La página: Buenos Aires.

Artículo de Investigación

Las radios de salud mental y su encrucijada legal

Lic. Gabriel Abramovici

Colectivo 85 (Musicoterapeutas Comunitarios), AMdeBA (Asociación de Musicoterapeutas de Buenos Aires)

gabramovici@psi.uba.ar

Resumen

En la actualidad las radios de salud mental son un dispositivo presente en la mayoría de los centros de recuperación y rehabilitación de personas con padecimiento mental de nuestro país. La eficacia práctica de estos proyectos está enmarcada por un período de importantes transformaciones legales, tanto en el campo de la Salud Mental como en el de la Comunicación. Esta investigación se propone, en primer lugar, trazar un entramado legal que permita comprender las posibilidades de ampliación de derechos. Al mismo tiempo, plantea un plan de validación de las radios de salud mental. Tomando como muestra dos radios coordinadas por musicoterapeutas, se indagará sobre el aporte de la disciplina a partir de su especificidad. Por último, se plantea la participación como principio que permitirá el desarrollo, crecimiento y multiplicación de radios de salud mental.

Palabras clave

Radio, Salud Mental, comunicación, participación, padecimiento mental, recuperación.

Abstract

At present, mental health radios are a device present in most of the recovery and rehabilitation centers of people with mental illness of Argentina. The practical effectiveness of these projects is framed by a period of important legal transformations, both in the field of Mental Health as in the field of

Communication. This research proposes, first of all, to draw up a legal framework to understand the possibilities of extending rights. At the same time, it proposes a validation plan for mental health radios. Taking as a sample two radios coordinated by music therapists, will inquire about the contribution of the discipline from its specificity. Finally, participation is considered as a principle that will allow the development, growth and multiplication of mental health radios.

Keywords

Radio, Mental Health, communication, participation, mental illness, recovery.



ECOS, Revista Científica de la Asociación Argentina de Musicoterapia. ISSN 2545-8639

<http://asamdifusion.wixsite.com/musicoterapia/ecos->

ECOS es una publicación de ASAM (www.musicoterapia.org.ar)

Recibido: 13/9/2017

Aceptado: 12/10/2017

Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 se promulgó en 2010 y representa un hito en la historia de la psiquiatría de nuestro continente. Responde a un proceso mundial de transformación de la atención en salud mental, con un punto de inflexión en la reforma italiana de los años '70 (Galende, 1996). El proyecto

desmanicomializador, encarnado por esta ley, consiste en el cierre de los hospitales monovalentes. Ubica a la internación como el último recurso, estableciendo la necesidad de atención dentro de la comunidad. Intenta restituir a los pacientes su condición de sujetos de derecho, con capacidad de tomar decisiones sobre su tratamiento. Incorpora a las adicciones como una problemática del campo de la

salud mental. Establece que el agente de salud es el equipo interdisciplinario y equipara la jerarquía de las diferentes disciplinas.

Un año antes, había sido sancionada la Ley N° 26.552 de Servicios de Comunicación Audiovisual, también conocida como *Ley de Medios*. Esta ley retoma las declaraciones de las Cumbres Mundiales de la Sociedad de la Información (2003). Sostiene que las Tecnologías de la Información y la Comunicación son una herramienta para superar obstáculos de espacio y de tiempo, generar redes y superar brechas sociales. Plantea la necesidad de evitar la concentración mediática, fomentar la pluralidad de contenidos y la alfabetización digital. Se establecen como objetivos la garantía del derecho a la información y la comunicación, la promoción de la igualdad, el acceso a los contenidos por parte de poblaciones vulneradas: pueblos originarios, mujeres, personas con discapacidad, etc.

Estas dos leyes surgieron en un momento histórico y político particular. Fueron elaboradas y discutidas a partir de foros a lo largo de todo el país por organizaciones sociales, políticas y por la sociedad civil. Las promulgaron diputados y senadores electos democráticamente por el pueblo. Tienen una impronta contra-hegemónica. Una se opone al modelo médico. La otra, al monopolio mediático.

En el año 1991, mucho antes de la promulgación de estas leyes, el joven psicólogo Alfredo Olivera comenzó a hacer radio con pacientes internados en el Hospital Borda. Nació Radio La Colifata, la primera en el mundo en transmitir desde un neuropsiquiátrico. Su eslogan es *“Construyendo puentes donde hay muros”*. Esta experiencia se fue replicando y hoy en día las radios de usuarios de salud mental son un dispositivo presente en muchos países, en instituciones públicas y privadas de salud mental.

El interés por esta temática surge a

partir de mi experiencia como coordinador de dos radios de salud mental en el sector público: Espacio Abierto y Radio El Encuentro. Los profundos cambios que atraviesan los participantes al modificar su posición subjetiva de pacientes a comunicadores sociales me han motivado a investigar el marco legal en el que se desarrollan estas radios, su impacto a nivel salud mental, la inserción del musicoterapeuta y la implementación práctica de estos emprendimientos.

Desarrollo

Las unidades de análisis de esta investigación serán las radios de salud mental. Se admite la nominación radios *de usuarios* de salud mental. Sin embargo, a partir del marco legal vigente, se considera que el sujeto de la salud mental es la persona con padecimiento (Oberti, 2017). Por lo tanto, no hace falta aclarar que las radios de salud mental son las radios de los sujetos padecientes, pacientes o usuarios

de algún servicio de salud mental. Se incluirán los proyectos radiales en su totalidad, tanto los grupos que emiten, los contenidos producidos y los grupos y comunidades que escuchan los programas. El universo de la investigación serán las radios de salud mental de la República Argentina. Como casos / muestra se tomarán las radios Espacio Abierto y El Encuentro.

1) Radio Espacio Abierto

La radio Espacio Abierto tiene más de cinco años de funcionamiento y se ha convertido en una actividad de referencia para los usuarios del Servicio de Salud Mental del Hospital Piñero. Les ha permitido transformar su posición subjetiva de pacientes a comunicadores sociales. Han ganado autonomía, produciendo programas de radio con intervención mínima de los profesionales. Avanzaron en el ejercicio de sus derechos, difundiéndolos hacia fuera de la institución. Han participado de salidas a la comunidad

y eventos en articulación con otros grupos y proyectos similares, como el Festival Patas Arriba “*por la desmanicomialización y los derechos en Salud Mental*”. Los programas salen por una FM comunitaria y se publican en el sitio de Internet espacioabierto.radio.blogspot.com.

2) Radio El Encuentro

La Radio El Encuentro funciona en La Otra Base, un centro de día para el tratamiento de las adicciones ubicado en la Villa 1-11-14, dependiente del Área Programática del Hospital Piñero. El equipo interdisciplinario tiene una política de reducción de daños y de riesgos (Baldelli, 2006). Me incluí como coordinador del taller de radio en el año 2015. Los participantes comenzaron a apropiarse del proyecto radial y actualmente se está constituyendo un grupo que puede planificar y producir los programas con mínima intervención de los profesionales. Se realizaron varias radios itinerantes por el barrio y salidas a la comunidad. Los

programas se suben a Facebook y se publican en el sitio de Internet elencuentroradio.blogspot.com.

Esta investigación se desarrollará durante dos años. Está estructurada en función de cuatro ejes: 1) Articulación Legal, 2) Validación Empírica, 3) Especificidad Disciplinar y 4) Implementación Práctica.

EJE 1: ARTICULACIÓN LEGAL

¿Cómo se articula la Ley de Medios con la Ley de Salud Mental? Será el primero de los problemas de investigación. En el año 2013 la radio Espacio Abierto fue convocada a un proyecto de red de radios de salud mental. Fue una iniciativa del Diputado (m/c) Leonardo Gorbacz, impulsor en el Congreso de la Ley Nacional de Salud Mental. Se realizó una primera reunión en el AFSCA, la Agencia Fiscalizadora de Servicios de Comunicación Audiovisual. Asistimos profesionales y participantes de varias radios: La Colifata, Desate, Comió Maní y Espacio Abierto, entre otras. Nos recibió Martín Sabatella,

entonces director del AFSCA. La idea era articular la ejecución y aplicación de las dos leyes. Comenzamos a organizar una jornada de trabajo y difusión, pero asuntos coyunturales diluyeron la concreción de este proyecto.

Como resultados preliminares podemos afirmar que existen, en el cuerpo de las leyes de Salud Mental y de Medios de Comunicación, referencias a asuntos que se relacionan con el campo cruzado. La *Ley de Medios* establece entre sus objetivos “La participación de los medios de comunicación como formadores de sujetos, de actores sociales y de diferentes modos de comprensión de la vida y del mundo, con pluralidad de puntos de vista y debate pleno de ideas” (Ley Nº 26.552, Artículo 3º, inciso i).

Asimismo, La Ley de Salud Mental enuncia la *libertad de comunicación*, como uno de los derechos de los usuarios (Ley Nº 26.657, Artículo 7º, inciso I). Hasta la sanción de esta ley, se suspendía la

interacción del usuario con el exterior durante la internación. Hoy el equipo interdisciplinario debe encargarse de habilitar la comunicación y cuidar la forma en la que se implementa.

El objetivo general de este eje de investigación es “reconocer el entramado legal a partir del cual se desarrollan los proyectos radiales de salud mental para garantizar y potenciar el ejercicio de derechos”. Se utilizará como metodología un diseño exploratorio y descriptivo. Los objetivos específicos serán: entrevistar a especialistas en estas leyes, conocer la perspectiva de los participantes y de la Asamblea Permanente de Usuarios de Salud Mental (APUSAM) y realizar un relevamiento del estado de derecho, utilizando como fuentes los textos de las leyes, antecedentes y documentos elaborados por los foros de discusión. La relevancia consiste en fortalecimiento de este marco legal, en una coyuntura política en la que se ha retrocedido en su

implementación.

EJE 2: VALIDACIÓN

El problema del segundo eje de investigación es ¿cuáles son los beneficios de hacer radio para los usuarios de salud mental?. Los resultados preliminares son complejos y se dividirán en cuatro: Las radios de salud mental: a) favorecen la integración social en un grupo operativo, promoviendo la escucha inter-subjetiva y generando redes de apoyo mutuo (Kropotkin, 2009); b) facilitan la comprensión y satisfacción de las necesidades de las personas con padecimiento mental (Red Maristán, 2011); c) producen un impacto en el imaginario social, reduciendo la discriminación y el estigma de la locura (Olivera, 2013); d) transforman la posición subjetiva de los pacientes a comunicadores sociales, dirigiendo la atención y las producciones hacia fuera de la institución (Abramovici, 2016).

El objetivo general de este eje es

“validar los proyectos radiales de salud mental como dispositivos de rehabilitación psico-social”. Se utilizará como metodología un diseño mixto cualitativo y cuantitativo. Los objetivos específicos serán: realizar un censo de radios de salud mental de Argentina, entrevistar a participantes, familiares, profesionales, vecinos, referentes de radios comunitarias y radioescuchas. También se analizarán y sistematizarán los programas producidos, atentos a la importancia que otorga la Ley de Medios a la información archivada, considerándola *parte viva de la cultura presente y memoria de la humanidad* (Ley Nº 26.552, Artículo 1º). Se cruzará la estadística de programas emitidos con las necesidades de las personas con padecimiento mental (Red Maristán, 2011) para cuantificar resultados que permitan verificar el papel que juegan estas radios en la comprensión y satisfacción de las necesidades de las personas con padecimiento mental. La relevancia de este eje consiste en la validación de una

experiencia práctica que se viene desarrollando desde hace tiempo, la posibilidad de medir sus efectos y promover su implementación a gran escala.

EJE 3: ESPECIFICIDAD DISCIPLINAR

En julio de 2015, el Congreso argentino promulgó la Ley Nº 27.153 de Ejercicio Profesional de la Musicoterapia. Esta ley también fue elaborada y acompañada por la comunidad (musicoterapeutas, asociaciones, universidades y estudiantes de musicoterapia). Representó el reconocimiento a nivel nacional de una disciplina universitaria con 50 años de desarrollo y varias leyes provinciales implementadas.

¿Cuál es el aporte del musicoterapeuta en la planificación, ejecución y evaluación de proyectos de radio de salud mental? Será el problema del tercer eje de investigación. Como resultados preliminares, se puede afirmar que el saber del musicoterapeuta tiene un

valor específico en la coordinación de estos dispositivos. La Ley de Ejercicio Profesional de la Musicoterapia define al objeto de estudio de la disciplina en términos de *“...experiencias con el sonido y la música (que) operen como mediadores, facilitadores y organizadores de procesos saludables para las personas y su comunidad”* (Ley Nº 27.153, Artículo 2º). La radiofonía es una tecnología que surgió en 1896 y se caracteriza por ser un medio de comunicación estrictamente sonoro-musical: *“En la radio no hay nada para ver; se expande un mundo sonoro que es organizado de diversos modos (...) programas de información, música, reportajes, radioteatros, encuentros, cultura y divulgación de distintas ideas”* (Balde, 2003). Desde la perspectiva de la musicoterapia comunitaria (Isla et al, 2016) se pueden identificar cuatro dimensiones en el Hacer Musical Reflexivo: escucha, mezcla, conversión y amplificación. En la radio de salud mental, estas cuatro dimensiones están presentes y son

operativas (Abramovici, 2016).

El objetivo de este eje es “establecer como actividad específica del musicoterapeuta la planificación, coordinación y evaluación radios en salud mental”. Se utilizará un diseño de investigación cualitativo, con objetivos específicos de sondeo del estado del arte y entrevistas a musicoterapeutas involucrados en estos proyectos. La relevancia de este eje de investigación es la construcción de conocimiento en una disciplina en crecimiento y la validación de un rol hasta ahora no contemplado dentro del equipo inter-disciplinario.

EJE 4: IMPLEMENTACIÓN PRÁCTICA

Además de la articulación legal, la validación empírica y la construcción de conocimiento disciplinar, la meta de esta investigación es aumentar la eficacia concreta de las radios de salud mental. Se desarrollará una investigación y al mismo tiempo se continuarán con las acciones destinadas a coordinar y gestionar las

radios Espacio Abierto y El Encuentro. Este eje tendrá una impronta de investigación-acción (Montero, 2006).

La cuarta pregunta de investigación será ¿cómo aumentar la eficacia de las radios de salud mental? De forma preliminar podemos afirmar que estos proyectos radiales crecen a partir de la participación y la apropiación por parte de los protagonistas de la salud mental. No se trata de un proyecto de profesionales en el cual se invita a participar a los usuarios. Los participantes son dueños de estos proyectos y ellos toman las decisiones. Se utilizará como metodología la investigación-acción participativa. Los participantes estarán involucrados en este proceso de investigación proponiendo acciones, aportando ideas, jerarquizando y legitimando objetivos, evaluando. No serán objeto de estudio sino sujetos de conocimiento. Desde la perspectiva de la psicología comunitaria, la investigación tendrá un carácter dialógico, recíproco,

horizontal, transformador y crítico (Montero, 2006). En la evaluación grupal del año 2016 un participante de Espacio Abierto enuncia esta idea de la siguiente manera: “Me gusta cómo trabajamos en grupo, cómo reflexionamos en conjunto, cómo tomamos decisiones”.

El objetivo general de este eje de investigación es “sistematizar herramientas de gestión y transferir esta tecnología a los usuarios”. Los objetivos específicos son acciones en curso o acciones pendientes, expresadas como necesidad y jerarquizadas por los participantes:

- Transmisión de programas a través de radios comunitarias: La meta manifiesta de estas radios es llegar a más oyentes. Hasta el momento lo hacemos replicando las producciones a través de radios comunitarias. Siempre es un desafío aumentar el número de emisoras y sistematizar los vínculos de cooperación mutua

con ellas. Se intentará gestionar directamente con la FARCO (Federación Argentina de Radios Comunitarias).

- Participación y seguimiento de Programa Laboral de La Colifata: Se está implementando un programa de integración laboral a partir de la producción de material audiovisual destinado a usuarios de salud mental, con recursos del Ministerio de Desarrollo Social y coordinado por la ONG La Colifata. El equipo interdisciplinario del Hospital Piñero ha logrado integrar a ocho participantes de Espacio Abierto en este programa. Se realizará el seguimiento, apoyando y fortaleciendo el emprendimiento.

- Planificación y organización del Encuentro Patas Arriba: La Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM) organiza anualmente un encuentro por la desmanicomialización y en contra del estigma de la locura. Participan grupos artísticos y radios, entre ellas Espacio Abierto. Colaboraremos en la organización de este

encuentro, el cual se lleva a cabo cada año en el mes de noviembre.

- Viaje a Chapadmalal: A partir de las temáticas emergentes en varios programas, se explicita la necesidad del grupo de realizar un viaje turístico. En el año 2014 gestionamos a través del Ministerio de Turismo plazas gratuitas con media pensión en un establecimiento hotelero de Chapadmalal. El viaje no pudo concretarse, por dificultades propias de la población. La idea sirvió para explicitar estas dificultades y el proyecto de viaje sigue latente.
- Transmisión mensual en vivo desde FM Bajo Flores: Establecimos contacto con esta radio comunitaria, una emisora

con mucha presencia en el Área Programática del Hospital Piñero. Nos propusieron realizar un programa en vivo los días sábados. Este proyecto podría ser llevado adelante en conjunto por Radio Espacio Abierto y Radio El Encuentro.

- Instalación de una antena en el Hospital Piñero: La posibilidad de transmitir en una frecuencia FM está presente desde el comienzo de estos proyectos. Es necesario conseguir los recursos económicos-tecnológicos y la licencia. Podría integrarse a un emprendimiento laboral de publicidad para los comercios gastronómicos cercanos al hospital.

Tabla 1

Problemas de investigación, Resultados Preliminares y Objetivos Generales.

Problema de Investigación	Resultados Preliminares	Objetivo General
¿Cómo se articula la Ley de Medios de	Existen, en el cuerpo de referencias a asuntos que	Reconocer el entramado legal a partir del cual se

Comunicación Audiovisual con la Ley de Salud Mental?	relacionan con el campo cruzado (medios de comunicación y Salud Mental).	desarrollan estos proyectos para garantizar y potenciar el ejercicio de derechos
¿Cuáles son los beneficios de hacer radio para los usuarios de salud mental?	Los proyectos de radio de salud mental: a) favorecen la integración social en un grupo operativo, promoviendo la escucha inter-subjetiva y generando redes de apoyo mutuo; b) facilitan la comprensión y satisfacción de las necesidades de las personas con padecimiento mental; c) producen un impacto en el imaginario social, reduciendo la discriminación y el estigma de la locura; d) transforman la posición subjetiva de los pacientes a comunicadores sociales, dirigiendo la atención y las producciones hacia fuera de la institución	Validar los proyectos radiales de usuarios de salud mental como dispositivos de rehabilitación psicosocial.
¿Cuál es el aporte del musicoterapeuta en la planificación, ejecución y evaluación de proyectos de radio de salud mental?	El saber del musicoterapeuta tiene un valor específico en la coordinación de estos dispositivos.	Establecer como actividad específica del musicoterapeuta la planificación, coordinación y evaluación radios en salud mental.
¿Cómo aumentar la eficacia de las radios de salud mental?	Estos proyectos radiales pueden crecer a partir de la participación y la apropiación por parte de los usuarios.	Sistematizar herramientas de gestión y transferir esta tecnología a los usuarios.

Conclusión

A partir de los resultados preliminares podemos esperar avances auspiciosos en los cuatro ejes de investigación. Los datos que arroje el censo de radios de salud mental y el análisis a partir de la sistematización de las producciones permitirán validar este dispositivo. El rol del musicoterapeuta en las radios de salud mental, como profesional especializado en las experiencias saludables con la música y el sonido, permitirá ampliar el campo de acción de la disciplina. Por otro lado, el reconocimiento del entramado legal y la participación entendida en un sentido profundo facilitarán el ejercicio de derechos y la sistematización de las gestiones destinadas al desarrollo de las radios de salud mental.

Discusión

¿Cuáles es la dimensión ética y

estética de las radios de salud mental?

En estas nuevas prácticas, es necesario ajustar la ética proveniente del encuadre tradicional de consultorio, a partir de la cual la producción de los pacientes no debiera ser difundida, salvo con fines científicos. En las radios de salud mental, así como en todas las intervenciones comunitarias en las cuales el hacer musical reflexivo adquiere la dimensión de *amplificación* (Isla et al, 2016), la población decide dirigir sus producciones hacia fuera, con el objetivo de transformar el medio ambiente y transformarse a sí misma. La ética de la amplificación impone nuevos problemas: ¿Cómo cuidar la intimidad de las personas frente a un medio de comunicación? ¿Qué comunicar y cómo trabajar el clivaje entre lo público y lo privado?

En cuanto a la estética, se impone aceptar cierta noción de valor

social o valor comunitario de las producciones. En el encuadre tradicional de consultorio, el valor estético está dado únicamente por el nivel de verdad o lo significativo que sea la producción para la persona o grupo con el que se trabaja. En las radios de salud mental se busca la amplificación activamente, como objetivo contractual de trabajo. Es decir, se espera que la mayor cantidad de personas externas al grupo escuche los programas radiales y así potenciar la transformación del medio ambiente. Para ello, es necesario trabajar la dimensión estética del producto, no sólo a partir de criterios internos sino tomando en cuenta los gustos y valores de la comunidad. ¿Cuáles son los ajustes que tendría que hacer el musicoterapeuta en sus intervenciones? ¿Hasta qué punto aceptar las demandas del medio sin soslayar la estética particular del grupo?

Comentario

Este artículo forma parte de un proyecto de investigación perteneciente al Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Lanús. Es una adaptación del plan de tesis doctoral aprobado por la Comisión Académica, con fecha de inicio agosto de 2017 y fecha de finalización agosto de 2019.

Referencias

- Abramovici, G. (2016) La Radio de salud mental Como *Hacer Musical Reflexivo en Musicoterapia*. En *Anais do VI Congreso Latino-Americano de Musicoterapia* ISSN 2525-3239, pp.168-172.
- Balde, M. (2003) *Voces Emergentes: La práctica musicoterapéutica en el taller de radio de un hospital de emergencias psiquiátricas*. Tesina de graduación de la Licenciatura en Musicoterapia de la Universidad Abierta Interamericana (dir. Gustavo Rodríguez Espada).
- Baldelli, B. (2006) *Proyecto de Creación de La Otra Base de Encuentro*. Ministerio de Salud de La Ciudad De Buenos Aires, Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, División Área Programática.

- Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información (2003) *Plan de Acción*. Ginebra: Unión Internacional de Telecomunicaciones.
- Galende, E. (1996) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Isla, C. et al. (2016). *El Hacer Musical Reflexivo, una perspectiva en Musicoterapia Comunitaria*. En *Anais do VI Congreso Latino-Americano de Musicoterapia* ISSN 2525-3239, pp.256-264.
- Kropotkin, P. (2009) *La selección natural y el apoyo mutuo*, Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Ley Nacional Nº 26.552 de Servicios de Comunicación Audiovisual: Boletín Oficial, Argentina, 10 de octubre de 2009.
- Ley Nacional Nº 26.657 de Salud Mental: Boletín Oficial, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley Nacional Nº 27.135 de Ejercicio Profesional de la Musicoterapia: Boletín Oficial, Argentina, 3 de julio de 2015.
- Montero, M. (2006) *Hacer para Transformar*, Buenos Aires: Paidós.
- Oberti, M. (2017) *Comunicación, Salud Mental y Subjetividad: Una búsqueda comunicacional del sujeto de la Salud Mental*. Anteproyecto de tesina de graduación para la Licenciatura en Comunicación Social de la UBA.
- Olivera, Alfredo y col. (2013) *Informe Anual*. Asociación Civil La Colifata: Salud Mental y Comunicación.
- Red Maristan (2011) (Coord. Torres González, Francisco). *Cuidados y Necesidades de las personas afectadas por Trastornos Esquizofrénicos que viven en la comunidad*. En Revista Salud Mental y Comunidad, Año 1 Nº1: Ediciones de la UNLa.

Artículo de Investigación

Método GIM y Educación Emocional: Adaptaciones del Método en el Ámbito Educativo

Lic. Verónica Rothpflug

Universidad de Buenos Aires

vrothpflug@gmail.com

Resumen

El objetivo de esta investigación es vislumbrar la pertinencia de la aplicación de adaptaciones del método GIM en contextos educativos, para favorecer la educación emocional de los niños y adolescentes. Para tal fin, se han considerado publicaciones específicas sobre esta temática, y cuestionarios contestados por profesionales que adaptaron este método en aulas escolares. Tras el análisis de dichas fuentes, se ha podido conocer el modo en que las adaptaciones del método BMGIM en Musicoterapia abordan los contenidos de la Educación Emocional, al promover un espacio para la introspección y registro de las emociones, la exploración de las imágenes de la mente, los sentimientos y las sensaciones fisiológicas que acontecen durante la escucha de los programas musicales.

Palabras clave

Musicoterapia, Adaptaciones del BMGIM, Ámbito Educativo, Educación Emocional, Competencias Emocionales

Abstract

The present study examined the significance of emotional education in children and adolescents development, in general, and the specific contributions that GIM Method can provide to this topic within the educational scene. For the purpose of this research, specific publications were considered, as well as questionnaires made by professionals that have applied adaptations of BMGIM on classroom settings. The results showed that the analyzed adaptations address Emotional Education contents ('Emotional Competences'), by favoring an instance for introspection and emotion awareness, exploring mental images, feelings and physiological sensations while listening a selection of music programs in a relaxed state of mind.

Keywords

Music Therapy - BMGIM Adaptations - School Setting - Emotional Education - Emotional Competences



ECOS, Revista Científica de la Asociación Argentina de Musicoterapia. ISSN 2545-8639

<http://asamdifusion.wixsite.com/musicoterapia/ecos->

ECOS es una publicación de ASAM (www.musicoterapia.org.ar)

Recibido: 18/9/2017 Aceptado: 20/10/2017

Introducción

Esta investigación se inició en torno a la pregunta sobre el lugar que tiene la educación emocional en el desarrollo de los niños y adolescentes, y a los aportes que puede ofrecer la musicoterapia a esta temática dentro de la escena educativa, específicamente a partir de las contribuciones del Método Bonny de Imaginería Guiada y Música (*Bonny Method of Guided Imagery and Music*: desde ahora en adelante método GIM o BMGIM, por sus siglas en inglés). El objetivo general de este estudio fue examinar, conocer y comprender el modo en que algunas adaptaciones del método GIM, aplicadas dentro de aulas escolares, abordan los contenidos de la Educación Emocional (o 'Competencias Emocionales'), en sus propuestas metodológicas (objetivos, actividades y resultados de las intervenciones). Para tal fin, se han

considerado como fuentes de datos a *publicaciones*, seleccionadas por su relación directa e intrínseca con el objeto de estudio, y a *cuestionarios* enviados a profesionales que adaptaron este método en aulas escolares.

En primer lugar, la Educación Emocional se presenta como un enfoque salugénico-educativo, tanto de prevención como de promoción de la salud, cuyo propósito es favorecer el sano desarrollo personal a partir del aprendizaje de recursos y habilidades socioemocionales dentro del contexto escolar. Teniendo en cuenta la importancia de incorporar estas habilidades a temprana edad, la escuela se presenta como uno de los escenarios más propicios para enseñar a percibir, identificar, comprender y regular las emociones. El principal objetivo de la Educación Emocional es fortalecer el desarrollo de ciertas

competencias emocionales, tales como la conciencia emocional, la regulación emocional, la autoestima, las habilidades interpersonales y las habilidades de bienestar intrapersonal (Bisquerra, 2003)

Bisquerra Alzina y Pérez Escoda (2007) afirman que en la actualidad,

El interés por el desarrollo emocional es reciente y creciente en las investigaciones científicas (...) La incidencia positiva de un buen nivel de desarrollo de las competencias emocionales en numerosas circunstancias de la vida es un hecho constatado por un creciente volumen de investigaciones que intentan aportar luz y evidencias acerca de sus repercusiones (...) Las aportaciones de estos estudios son de especial relevancia para el diseño de intervenciones educativas destinados a fomentar el desarrollo de las competencias emocionales. (p. 75)

En relación a la justificación de esta investigación, en Argentina aún no ha habido una amplia difusión y creación de programas de Educación Emocional (como la hubo en España y EE.UU principalmente), en parte porque su divulgación aún es muy reciente, pero también debido a la necesidad de su legitimación. Actualmente se encuentra presentado un “Proyecto de Ley de Educación Emocional” (s.f.) que propone el desarrollo de habilidades sociales en la enseñanza formal. Malaisi (2015) afirma que las emociones son educables y la educación emocional debe ser, por un lado, una estrategia sistémica que alcance a todos los miembros de la sociedad, siendo la escuela el espacio coyuntural de acción, pero también una estrategia sustentable y permanente que requiere de un compromiso sostenido en el tiempo.

Por otra parte, el BMGIM es un método en Musicoterapia que ha sido desarrollado por Helen Bonny en la década del '70 en EE.UU., y que se basa en la exploración de las imágenes de la mente, los sentimientos y las sensaciones fisiológicas que acontecen durante la escucha de determinados programas musicales durante un estado de relajación o de modificación de la conciencia, y bajo la guía de un terapeuta específicamente formado en el método (Bruscia, 1998). El BMGIM ha tenido numerosas variaciones, modificaciones y adaptaciones, aplicadas en diferentes encuadres terapéuticos y con poblaciones diversas. A pesar que el método original fue diseñado para su aplicación clínica en el tratamiento de adultos, fue de hecho en sus inicios donde surgió la primera adaptación para el trabajo con niños y adolescentes, de la mano de su creadora, Helen Bonny, junto con Louis. M. Savary, en

1973. A partir de allí, se realizaron diversas adaptaciones del método para su aplicación con niños, efectuando las modificaciones pertinentes tanto en los objetivos como en la metodología, para adecuarlas a las etapas del desarrollo de esta población (Wesley en Bruscia y Grocke, 2002).

Adaptaciones específicas del BMGIM para el ámbito educativo

Según Bonny y Savary (1973), *“el contexto del aula representa un lugar natural para que los niños aprendan nuevas formas de escuchar y experimentar la música, a partir de una conciencia elevada y un nuevo sentido de la realidad”* (p. 154).

En un estudio bibliográfico realizado por Powell (2008), se describen las adaptaciones del BMGIM que fueron aplicadas dentro de aulas escolares en EE.UU, hasta la fecha de la publicación de dicho artículo (Summer, 1981; Gregoire y Hughes,

1989; Grindel, 1989; Merritt, 1996; Weiss, 1997; Powell, 2008). A modo general, estas adaptaciones se basaron en el uso de la música y la imaginación para: abordar problemáticas de conducta y aprendizaje, favorecer la escucha creativa de niños y adolescentes, generar un auto-concepto más saludable, facilitar la cooperación, la creatividad y la apertura emocional, ayudar a explorar su creatividad expresiva, incrementar su sentido de autovaloración, utilizar la música como una vía para la auto-exploración, la expresión y la contemplación de sus necesidades a través de la imaginación surgida de la música, la exploración de sus sentimientos; como también colaborar en la *construcción de su autoestima*, al dar un espacio de atención a sus sentimientos, emociones, experiencias de la vida y preocupaciones; promover la relajación, la atención focalizada, la

conciencia emocional, entre otras.

Muchas de estas adaptaciones incluían la escucha de una historia, junto a una pieza musical especialmente seleccionada, un posterior momento para que los niños dibujaran su imaginación (con los colores, los sentimientos, los sonidos e incluso los olores que les había generado la música, en combinación con la historia). Finalmente, se realizaba una reflexión grupal.

En lo que respecta a adaptaciones en otros países, se encuentran las de Arana Oregui (s.f.) y Herraiz Portillo (2015), ambas provenientes de España. Estas dos adaptaciones se han realizado con adolescentes, con el objetivo de estimular su imaginación y la expresión simbólica de sus diferentes estados emocionales. Para muchos estudiantes resultó ser un proceso creativo y un proceso que *ayudó a reducir el estrés*.

En relación al eje transversal de esta investigación, la Dra. Bonny afirma que *“es posible conectar con los sentimientos a través de la música si el cuerpo se encuentra relajado y la mente enfocada”* (como se cita en Merritt, 1996, p. 46). A través del BMGIM los niños pueden *“elaborar el enojo y la hostilidad dentro del contexto seguro de la música”* (ibíd., p. 141). En la misma línea, Linda Powell sostiene que los niños necesitan sentir sus emociones, poder reconocer que ellos están experimentando una emoción determinada.

Por su parte, Merritt (1996) enuncia que las aulas deben ser también ambientes terapéuticos, en el sentido en que se les debe poder enseñar a los niños nuevas formas de explorar y expresar sus sentimientos: *La agresión y el enojo, cuando se les permite llegar a la conciencia, y se los trabaja con la imaginación, es menos probable que generen*

comportamientos disruptivos” y agrega que “cuando los niños dibujan las emociones y las imágenes que emergen de la profundidad de su inconsciente, ellos logran hacer concreto su mundo interno (pp. 63-64).

Teniendo en cuenta los argumentos anteriormente expuestos, se vislumbra la importancia de abordar la educación emocional dentro del ámbito educativo, en torno a la cual pueda surgir el interés creciente de los profesionales musicoterapeutas, como también de otros profesionales que trabajan en el ámbito educativo, de incluir la aplicación práctica de competencias emocionales dentro de su abordaje disciplinar, para que niños y adolescentes aprendan a percibir, identificar y comprender las diferentes emociones y los distintos estados de ánimo que experimentan, tanto en sí mismos como en las demás personas, como así también, aprender a relacionarse de forma saludable con

las circunstancias diarias a lo largo de su ciclo vital.

Por la profundidad de los alcances que podría tener la educación emocional en el desarrollo del ser humano, esta investigación se propone, entonces, responder a los siguientes cuestionamientos: ¿De qué manera las adaptaciones del método GIM favorecen la educación emocional de los niños y adolescentes?, y en lo específico: ¿cómo se abordan los contenidos de la educación emocional (competencias emocionales) en cada una de las adaptaciones seleccionadas para este estudio? ¿Hay similitudes en la forma de abordaje entre las diferentes adaptaciones analizadas?

Se espera que esta investigación pueda resultar relevante para el ejercicio de la musicoterapia tanto en el ámbito educativo como en el clínico, como así también contribuir y enriquecer las posibilidades de acción para el abordaje de la educación emocional

en las escuelas, a partir de los aportes específicos que las adaptaciones del método GIM brindan a este campo.

Metodología

Material

- *6 publicaciones* específicas sobre adaptaciones del BMGIM dentro de contextos escolares que abarcan el período entre 1981-2015 (Summer, 1981; Weiss, 1997; Powell, 2009, 2015; Herraiz Portillo, 2015; Arana Oregui, s.f.)

El criterio de selección más importante ha sido el que las adaptaciones se llevaran a cabo dentro del aula, es decir, que el encuadre de trabajo fuera grupal.

- *6 cuestionarios* que fueron enviados vía correo electrónico a los profesionales que cumplieran con los siguientes criterios de selección: ‘formación acreditada en GIM’ ‘aplicación del método en ámbito educativo’

establecido para este estudio.

Instrumentos

La revisión bibliográfica se llevó a cabo de forma manual, consultando documentos, en español y en inglés en la biblioteca de la Asociación Argentina de Musicoterapia; de forma digital, se utilizó la base de datos "Google Académico" y, consultando journals específicos de musicoterapia: "Voices", "Journal of Music Therapy", "Journal of the Association for Music and Imagery", con los siguientes descriptores de búsqueda: 'BMGIM adaptations' (*adaptaciones del BMGIM*); 'school setting' (*ámbito educativo*); 'imagery' (*imagería*); 'emotional' (*emocional*).

Con el fin de obtener y enriquecer la información, se enviaron cuestionarios a 24 profesionales formados en el BMGIM, que hayan adaptado el método en contextos escolares, de los cuales solo 6 se han adecuaron al criterio de inclusión

Procedimientos

El procedimiento para la recolección de los datos obtenidos en las publicaciones analizadas fue articular las propuestas metodológicas de las adaptaciones del BMGIM para ámbito educativo, con los lineamientos conceptuales de la educación emocional, interpretando los datos a partir de las definiciones de cada una de las 'Competencias Emocionales', identificando relaciones potenciales entre las variables estudiadas y evaluando los diversos aspectos, dimensiones o componentes de los fenómenos sometidos al análisis, especificando las propiedades y características de los mismos.

Para el caso de los cuestionarios, se empleó el mismo procedimiento de recolección de datos a partir del procesamiento directo de las respuestas. Los

cuestionarios constaron de 15 preguntas y se organizaron en tres apartados. El apartado A contenía preguntas acerca de la experiencia del profesional en relación al BMGIM. Luego, las preguntas del apartado B se referían a las características metodológicas de las adaptaciones del BMGIM y, por último, el apartado C estaba dedicado a indagar de forma específica sobre el modo de abordaje de las competencias emocionales a través de las adaptaciones del BMGIM dentro de aulas escolares. Con las preguntas se incluyó también un anexo, con información general sobre la Educación Emocional y un listado de sus contenidos ('Competencias Emocionales').

Análisis de datos

Para el relevamiento y análisis de los datos obtenidos a partir de ambos tipos de fuentes (publicaciones y cuestionarios), se han diseñado dos grupos de categorías de análisis. Por

un lado, el grupo de categorías "A", dedicadas a relevar información general de los profesionales y de las características de las adaptaciones del BMGIM dentro del ámbito educativo; por otro lado, el grupo de categorías "B", cuya función fue la de obtener información específica acerca del modo en que se aborda la educación emocional en las diferentes adaptaciones.

Grupo de Categorías A - Adaptaciones

del BMGIM en ámbito educativo. Las categorías consideradas para este grupo fueron las siguientes: *Características de la adaptación utilizada; Tipo de problemáticas presentadas; Modo de evaluación del proceso*. Para el caso exclusivo de los cuestionarios, también se han considerado las siguientes categorías: *Utilización de otras técnicas musicoterapéuticas; Feedback recibido de la institución o padres*

Grupo de Categorías B - Adaptaciones competencias emocionales que se
 del BMGIM y Educación Emocional: expone a continuación corresponde a
 Modo de abordaje de las las categorías consideradas para este
 Competencias Emocionales* en grupo.
 ambos tipos de fuentes. La lista de

* Competencias Emocionales o contenidos de la Educación Emocional (Bisquerra, 2003)

1. <i>Conciencia emocional</i>	1.1. Toma de conciencia de las propias emociones 1.2. Dar nombre a las emociones 1.3. Comprensión de las emociones de los demás
2. <i>Regulación emocional</i>	2.1. Tomar conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento 2.2. Expresión emocional 2.3. Regulación emocional 2.4. Habilidades de afrontamiento 2.5. Competencia para autogenerar emociones positivas
3. <i>Autonomía o Autogestión emocional</i>	3.1. Autoestima 3.2. Automotivación 3.3. Actitud positiva 3.4. Responsabilidad 3.5. Auto-eficacia emocional 3.6. Análisis crítico de normas sociales 3.7. Resiliencia

<p><i>4. Competencia social</i></p>	<p>4.1. Dominar las habilidades sociales básicas</p> <p>4.2. Respeto por los demás</p> <p>4.3. Practicar la comunicación receptiva</p> <p>4.4. Practicar la comunicación expresiva</p> <p>4.5. Compartir emociones</p> <p>4.6. Comportamiento pro-social y cooperación</p> <p>4.7. Asertividad</p> <p>4.8. Prevención y solución de conflictos</p> <p>4.9. Capacidad de gestionar situaciones emocionales</p>
<p><i>5. Competencias para la vida y el bienestar</i></p>	<p>5.1. Fijar objetivos adaptativos</p> <p>5.2. Toma de decisiones</p> <p>5.3. Buscar ayuda y recursos</p> <p>5.4. Ciudadanía activa, cívica, responsable, crítica y comprometida</p> <p>5.5. Fluir</p>

Resultados

Las adaptaciones del BMGIM analizadas, a partir de las publicaciones y los cuestionarios, han sido aplicadas dentro de aulas escolares, en primarias y en secundarias tanto públicas como privadas. La adaptación más antigua data de hace 37 años atrás (Summer,

1981) y las más recientes, son de hace dos años (Powell; Herraiz Portillo, 2015). Los dos países en que se han aplicado estas adaptaciones son EE.UU. y España.

Grupo A: Adaptaciones del BMGIM

Publicaciones

En relación al *Tipo de*

Adaptación se observa que casi todas las publicaciones se atienen al procedimiento del BMGIM original estructurado en cuatro etapas, con algunas pequeñas modificaciones o agregados: por ejemplo, en la publicación de Summer, el procedimiento de la sesión está dado en dos pasos (relajación e integración de música, movimiento e imaginación); en las adaptaciones de Summer y Powell se incorpora la narración de historias; en el caso de Herraiz Portillo y Arana Oregui, se elige un tema antes de empezar la sesión (tal como en el procedimiento del GrpMI); en la adaptación de Weiss los estudiantes realizan un registro de sus sentimientos antes de comenzar la sesión; o en caso de la adaptación de Summer, que incluye el movimiento.

Con respecto al *Tipo de problemáticas presentadas* se observan problemas de conducta,

violencia, baja autoestima, trastorno del aprendizaje, TDAH, necesidades educativas especiales, entre otras. Algo notorio para mencionar es que en la publicación de Weiss no se menciona ninguna problemática presentada en el grupo.

El relevamiento sobre la categoría *Modo de Evaluación* exhibe que, únicamente las publicaciones de Weiss y Herraiz Portillo arrojan información específica sobre la evaluación del proceso.

Cuestionarios

Las *Características de la Adaptación* muestran que solo dos profesionales han dado el nombre del tipo de enfoque o adaptación que han aplicado (como es el caso de 'Música e Imaginería en Grupo' o el caso de 'Historias, Música e Imaginería'); un profesional menciona que el encuadre grupal se desarrolla en dos etapas: la inducción

y la selección de una pieza corta de música, en la que también se incorpora el movimiento; otro profesional refiere que la relajación era breve o nula, la inducción incluía narraciones con estilo literario, y que eran más bien el prefacio para realizar una actividad subsiguiente (como movimiento o dibujo), tampoco había un procesamiento luego de la experiencia; en otro de los casos no se ha realizado una transcripción generalizada, y los niños imaginaban libremente; en varios cuestionarios se hace mención del uso de piezas cortas de música (de 3 a 10 minutos de duración) y de inducciones cortas.

Respecto al *Tipo de problemáticas presentadas* se pudo observar, de forma generalizada, que los encuadres grupales han trabajado con problemáticas ligadas al autoestima, situaciones estresantes de la vida, relaciones interpersonales, auto

regulación, impulsividad, inatención, entre otras, mientras que en los encuadres individuales se han atendido otros tipos de problemáticas, tales como trauma o abuso, problemas de comportamiento o socio-emocionales, retraso del desarrollo, ansiedad, depresión, problemas de integración sensorial, discapacidad visual, dificultades del habla y del lenguaje, entre otras.

Respecto al *Modo de evaluación del proceso*, cinco de los profesionales han respondido que su evaluación se basa en (puntos sugeridos en los cuestionarios): las Manifestaciones Expresivas del niño (verbales/musicales/artísticas), Cambios en la conducta / actitud y en los Comentarios de los orientadores académicos, maestros, directores o padres; otra de las profesionales comentó que aún no realizaba evaluaciones pero que lo tenía en

cuenta.

En relación a la *Utilización de otras técnicas musicoterapéuticas*, dos profesionales han especificado que han incluido la improvisación.

Tres de los profesionales consultados han respondido frente a la pregunta sobre el *Feedback recibido de la institución o padres*: cambios positivos en el comportamiento de los estudiantes; aumento de la autoestima de los niños, y una mejora en la expresión e interacción con otros niños.

Grupo B: Adaptaciones del BMGIM y Educación Emocional

Se encontró que las adaptaciones han abordado los contenidos de la educación emocional (competencias emocionales) tanto en los *objetivos*, en el *proceso* (a partir de las características procedimentales de las sesiones), como en la *evaluación y*

resultados (o conclusiones de las autoras). En algunas publicaciones se presentaron ejemplos específicos de algunas sesiones, autoevaluaciones de los estudiantes, o narraciones de casos. Los cuestionarios han arrojado información precisa acerca de las posibilidades de trabajar la educación emocional en el ámbito educativo, a partir de las adaptaciones del BMGIM.

Publicaciones

Se seleccionaron datos puntuales (fragmentos bibliográficos) en cada una de las publicaciones, que evidencian el abordaje de las categorías aludidas. Dichos datos se exhiben en cursiva.

En las *actividades dentro del proceso* que se describen en las publicaciones se detectó el abordaje de las siguientes competencias emocionales:

- Toma de Conciencia de las propias

emociones (1.1): *indagar qué aparece en las escenas de la imaginería; Los estudiantes realizaron autoevaluaciones del proceso; Inducción: Se les pidió que pusiera el foco en la conciencia corporal – “¿dónde sientes el enojo en tu cuerpo?”; La imaginería a la música es la herramienta utilizada para alentar a los niños a que se conozcan a ellos mismos; explorar una nueva percepción en un sentido personal al experimentarse internamente; con la relajación se activa el lenguaje de la imaginería y se experimenta la auto-percepción; llevar la atención a la percepción corporal.*

- Dar nombre a las emociones (1.2): *Describir sentimientos previos y posteriores a la música; La escritura alentaba a los niños a encontrar las palabras que describieran su experiencia; el compartir verbalmente permite la interacción*

con palabras)

- Comprensión de las emociones de los demás (1.3): *Cada uno de los niños debía ser escuchado sin juicio ni crítica.*

- Interacción emoción-cognición-comportamiento (2.1.): *Las consignas eran cortas y claras, e impulsaban a los jóvenes a descubrir el significado personal en las historias; con la relajación se activa el lenguaje de la imaginería y se experimentan emociones, insights y conexiones.*

- Expresión Emocional (2.2.): *dibujar los sentimientos que la música incita; escribían sobre cómo ellas se sentían actualmente, expresaban verbalmente sus sentimientos; la música tiene una gran importancia en la adolescencia, como lenguaje simbólico y expresivo de sus propias emociones internas.*

- Habilidades de afrontamiento (2.4.): *Lidiando con miedos: un niño estaba lidiando con una situación familiar*

conflictiva. Durante la actividad imaginó un pez que era capaz de nadar alrededor de una anémona de mar venenosa sin salir herido.

- Autoestima (3.1.): *Las historias fueron escritas para impulsar a los niños a que descubran su sentido de autovaloración y para que desarrollen su autoestima; Las consignas incitan a los niños a que puedan enfocarse en lo que las historias realmente significan para ellos. Si la historia es acerca de la belleza, los niños se enfocarán en descubrir su propia belleza interna; Los temas que se han tratado en la pre-sesión han sido: la relación con uno mismo.*

- Actitud Positiva (3.3.): *En esta adaptación, cada historia se basa en un niño que aprende algo positivo. Si la historia es acerca del aprendizaje de un niño de ser optimista, los niños pueden descubrir el diálogo interno positivo.*

- Responsabilidad (3.4.): *Si la historia trata sobre realizar elecciones saludables, los niños pondrán su atención en descubrir cuáles son las elecciones saludables que pueden tomar para ellos mismos.*

- Auto-eficacia emocional (3.5.): *Aceptación de la experiencia tal como es- Esta forma de compartir honesta era una experiencia completamente nueva para muchos de los niños.*

- Respeto por los demás (4.2.): *Cada uno de los niños debía ser escuchado sin juicio ni crítica; honrar la expresión de cada niño; El establecimiento de límites dentro del encuadre fue crucial para que los niños se sintieran lo suficientemente seguros para expresar sus emociones y sentimientos.*

- Practicar la comunicación expresiva (4.4.): *Dibujar les ofrecía la oportunidad de expresarse por medio del arte; Al final de la música, se encuentra el pasaje de la experiencia*

interna hacia la experiencia con el exterior. La puesta en común ayuda a los niños a enraizar su experiencia interna en la realidad cotidiana; todos los participantes realizan un dibujo o plasman de forma gráfica las imágenes, colores o formas más significativas de su experiencia durante la audición; se realiza una discusión post-sesión, para dar tiempo a que los participantes compartan sus experiencias.

- Compartir emociones (4.5.): *En la Integración de la experiencia: compartir de forma verbal lo que habían experimentado; el compartir la experiencia verbalmente daba lugar a la expresión dentro de un entorno seguro.*

- Comportamiento pro-social y cooperación (4.6.): *Las historias incluyen situaciones que los niños atraviesan en su vida cotidiana; ellas representan niños que aprenden algunas características de educación*

del carácter tales como amistad, solidaridad, confianza, amabilidad y apreciación.

- Prevención y solución de conflictos (4.8.): *Los temas que se han tratado en la pre-sesión han sido: conflictos entre ellos.*

- Bienestar subjetivo (5.5.): *La relajación es una clave importante para la salud y el bienestar, y es un antídoto para el estrés.*

En el caso de los *resultados bibliográficos*, se evidenció que se trabajaron las siguientes competencias emocionales:

- Toma de conciencia de las propias emociones (1.1.): *relacionó la imaginación con su estado emocional; los niños aprendieron más sobre sus miedos; autoevaluación de una estudiante: te enseña a contactarte y comprender emociones que tú ni siquiera sabías que tenías, ya que muchas veces pueden ser confusas o*

inquietantes - Las 'imágenes', pueden dar un rostro a las emociones, para poder tomar conciencia de ellas - Los sentimientos son abstractos, las imágenes tienden a personificarlos, para tomar conciencia de lo que cada una de esas imágenes está representando para ellos; Los niños utilizan la música para entrar en contacto con sus emociones, identificarse con ellas y comprenderlas.

- Comprensión de las emociones de los demás (1.3.): *escuchar las experiencias de los demás les ayudó a desarrollar su sensibilidad.*

- Interacción emoción-cognición-comportamiento (2.1):
 autoevaluación: *me ayudó a hacerme pensar más antes de hacer las cosas; cuando me siento estresada, busco un lugar tranquilo, me siento allí y reflexiono sobre las cosas; los estudiantes parecían necesitar este espacio de quietud y reflexión; La*

percepción las imágenes que emanan del interior de cada adolescente, permite vivenciar diferentes situaciones a nivel simbólico que resulten reveladoras para trabajar diferentes aspectos de su psique y poder 'darse cuenta' de distintos aspectos que están necesitando ser escuchados; Los alumnos/as han mejorado su conciencia psicocorporal.

- Expresión Emocional (2.2.): Auto-evaluación: *Considero que otros adolescentes deberían tomar este curso debido a que presentan muchas dificultades para expresarse / me ayudó a abrirme tanto por dentro como por fuera; los adolescentes pasan 'a atreverse' a hablar de un lenguaje simbólico que emana de ellos mismos, de su interior; en otros, la experiencia ha sido muy intensa y se ha integrado a través de una palabra; Comienzan a expresar y comunicar pensamientos de una forma más ordenada y coherente.*

- Regulación Emocional (2.3.): *Ayudar a los niños a lidiar y expresar el enojo apropiadamente: Un grupo de 15 estudiantes de quinto grado han explorado formas constructivas de lidiar con el enojo. Esta sesión abordó la pregunta: “¿Qué haces cuando estás enojado en el aula y no hay una almohada a la cual pegarle?”. Las consignas dadas fueron “Imagina un envase lo suficientemente resistente para contener tu ira hasta el momento en que puedas llegar al momento y tiempo adecuados para expresar tu enojo sin pelear”. Resultado: Compartieron sus dibujos y la forma en que cada uno podría liberar su enojo apropiadamente en un momento posterior); [las imágenes ayudaron] a manejar mejor los diferentes estados emocionales.*

- Habilidades de afrontamiento (2.4.):
Autoevaluación: *también cuando me siento frustrado, busco un lugar tranquilo, me siento allí y reflexiono*

sobre las cosas; Me ayudó a afrontar un montón de cosas que no habría sido capaz de hablar de forma regular; con la ayuda de la música e imaginación aprendieron a lidiar con sus emociones de forma práctica.

- Competencia para autogenerar emociones positivas (2.5.):
Autoevaluación: *“Mientras escuchaba la música y me miraba profundamente en el espejo, estaba en otro mundo, un mundo lleno de paz y alegría donde no había daño ni mal ni peligro; solo alegría, felicidad y amor para todos)*

- Autoestima (3.1.). Registro escrito de un niño: *“significa que eres hermoso por dentro sin importar lo que los demás digan”; Ese viaje hacia el interior estimuló a los niños a que desarrollen su autoestima y la manifiestan de manera positiva en su vida cotidiana.*

- Actitud positiva (3.3.) Registro escrito de una niña: *“Una voz vino*

hacia mí y me dijo que podría ser cualquier cosa que quisiera si lo intentaba y seguía mis metas (...) Por eso, siempre sé alguien y levántate por tu meta y no permitas que nadie te arrebatte tu meta. Sigue los pasos positivos, no los pasos negativos”

- Responsabilidad (3.4.): Registro escrito de un niño: *“debes ser cuidadoso con tus decisiones y cómo te afectan personal y mentalmente”.*

- Resiliencia (3.7.): *los mandalas han sido favorecedores de un entorno resiliente.*

- Competencia social (4): *aprendió sobre sus relaciones con amigos al relacionar problemas con ellos en su imaginación; los mandalas dibujados han posibilitado relaciones positivas de apoyo entre los miembros del grupo.*

- Respeto por los demás (4.2.): *Los estudiantes aprendieron a respetar este espacio de quietud y honrarse entre ellos; La relación entre ellos ha*

mejorado, se respetan más.

- Practicar la comunicación expresiva (4.4.): *El proceso de cada estudiante en relación a la expresión sobre la experiencia ha sido diferente; la integración de la experiencia ha dado oportunidades de participación.*

- Compartir emociones (4.5.): *La relación entre ellos ha mejorado compartiendo experiencias en el grupo.*

- Comportamiento pro-social y cooperación (4.6.): *las actividades han fomentado el crecimiento de la confianza y la unión entre los miembros del mismo.*

- Prevención y solución de conflictos (4.8.). *Lidiar con sus asuntos interpersonales: Una niña era nueva en la escuela y aún no tenía amigos. Luego de una experiencia comentó que se sentía mejor al compartir que estando sola. Resultado: su maestro informó que luego de la sesión, no estaba tan aislada como antes y que*

había comenzado a hacer amigos; los niños son capaces de volverse hacia adentro para encontrar sus propias soluciones a los asuntos interpersonales; Los niños desarrollaron habilidades prácticas para lidiar con problemas comunes relativos a las relaciones sociales; Otra niña de quinto grado estaba teniendo problemas al lidiar con un agresor dentro de su clase. Durante su imaginación, ella ensayó lo que le diría al agresor. Como resultado de este proceso ella pudo superar sus miedos al respecto. Resultado: ella comentó que había podido decirle a la persona que la molestaba cómo la hacía sentir y que ahora eran amigos; de los mandalas emergentes emergieron conflictos personales y diferencias significativas entre los miembros del grupo. En algunos casos el grupo ha interactuado en torno a las imágenes de dichos mandalas y se ha logrado cierto auto-

entendimiento

Cuestionarios

A continuación se presentan los resultados en función a la opinión de los profesionales encuestados acerca de las variables estudiadas (abordaje de las competencias emocionales a partir de las adaptaciones del BMGIM). Se seleccionaron datos puntuales (fragmentos) en cada una de los cuestionarios, que evidencian el abordaje de las categorías aludidas. Dichos datos se exhiben en cursiva. Se encontró, entonces, que dichas adaptaciones en el contexto escolar contribuyen a:

- Dar una vía de expresión emocional relativamente libre a los niños, para que manifiesten su “verdadero self”, su vitalidad y carácter auténticos (2.2. *Expresión Emocional*; 3.5. *Auto-eficacia emocional*)
- Trabajar los sentidos a través del

lenguaje no-verbal, para poner más atención en uno mismo, percibir qué sensaciones provoca la música, aprender a escuchar, darle forma a lo que se experimenta a través del dibujo, ponerle nombre a las emociones al momento de compartirlas (1.1. *Toma de Conciencia de las propias emociones;* 1.2. *Dar nombre a las emociones;* 4.3. *Practicar la comunicación receptiva;* 4.4. *Practicar la comunicación expresiva)*

- Favorecer la comprensión y conciencia emocional, al explorar su mundo interno y llevar una nueva conciencia a su vida diaria (1. *Conciencia emocional)*
- Proveer una oportunidad para desarrollar la autoestima y la autovaloración (3.1. *Autoestima)*
- Aprender y experimentar emociones dentro de un contexto seguro y contenedor
- Aprender cómo lidiar efectivamente

con las emociones y a expresarlas de manera honesta (2.3. *Regulación Emocional;* 2.4. *Habilidades de afrontamiento;* 2.2. *Expresión Emocional;* 3.5. *Auto-eficacia emocional)*

- Expresar sus emociones a través del arte, la escritura y compartiendo verbalmente y descubrir opciones positivas para expresarlas; aprender que la música y el arte son vehículos importantes para expresarse (2.2. *Expresión Emocional;* 4.4. *Practicar la comunicación expresiva)*
- Los niños pueden aprender al compartir con otros (4.5. *Compartir emociones*
- 4.6. *Comportamiento pro-social y cooperación)*
- Los niños pueden entrar en contacto con su creatividad y descubrir sus propios valores (3.5. *Auto-eficacia emocional)*
- Los niños responden de forma positiva porque el BMGIM aborda sus

necesidades personales.

- Pueden desarrollarse los principios de la confianza y la resiliencia (1.3. *Comprensión de las emociones de los demás*; 3.7. *Resiliencia*; 4.2. *Respeto por los demás*)

- Ayuda a los estudiantes a identificar emociones, expresarse exteriormente (1.1. *Conciencia emocional*; 2.2. *Expresión Emocional*; 4.4. *Practicar la comunicación expresiva*)

- Comienzan a entender y manejar sus emociones y perspectivas sobre las circunstancias de la vida; ayuda a los niños a empezar a procesar y aprender a manejar los eventos de la vida en el preciso momento en que las cosas están sucediendo; propicia la introspección y la auto regulación (1. *Conciencia emocional*; 2.1 *Interacción emoción-cognición-comportamiento*; 2.3. *Regulación emocional*; 4.8. *Prevención y solución de conflictos*; 2.4. *Habilidades de*

afrentamiento)

- Los niños aprenden de las repetidas experiencias con GIM que tener emociones está bien, y que es algo importante el descubrir qué hay adentro de sí, y el expresarlo exteriormente (3.5. *Auto-eficacia emocional*; 2.2. *Expresión Emocional*; 4.4. *Practicar la comunicación expresiva*)

- Los niños ganan habilidades y entendimientos que pueden potencialmente ayudarlos a enfrentar las vicisitudes y dificultades en cualquier etapa de su vida futura (4.8. *Prevención y solución de conflictos*; 2.4. *Habilidades de afrontamiento*)

- Pueden proveer una mayor sensibilización al proceso de escucha exterior e interior (1. *Conciencia emocional*; 1.3. *Comprensión de las emociones de los demás*; 4.3. *Practicar la comunicación receptiva*)

- Fortalece la contención de

dinámicas interpersonales (4. *Competencia social*)

Conclusiones

Se considera que esta investigación ha podido demostrar, en principio, que las adaptaciones del BMGIM abordan la mayoría de las competencias emocionales dentro de las sesiones y, por lo tanto, que contribuyen a la educación emocional de los niños y adolescentes dentro del ámbito educativo. Asimismo, también se ha logrado conocer y constatar de forma exhaustiva *el modo* en que dichas competencias emocionales fueron trabajadas en las diferentes adaptaciones analizadas en este trabajo.

Respecto a las publicaciones, se han logrado vislumbrar las contribuciones positivas y salugénicas que aportan las adaptaciones del BMGIM a la

educación emocional, y se ha encontrado más información de la esperada. Las propuestas metodológicas de las adaptaciones del BMGIM dentro de las aulas escolares exponen posibilidades novedosas para el abordaje e integración de las emociones, la imaginación y la creatividad de los niños y adolescentes, al favorecer una instancia intrapersonal e interpersonal en un contexto que deviene terapéutico.

En cuanto al análisis de las competencias emocionales dentro de las publicaciones, es importante destacar que, debido a que en muchos casos se ha interpretado el material bibliográfico en relación a la definición conceptual de dichas competencias, se asume, por lo tanto, que esta elección inevitablemente ha recaído en una interpretación subjetiva de la autora. Por tal motivo, se considera que los cuestionarios

han sido de valiosa importancia para complementar la información recabada de las publicaciones, como también para corroborar las interpretaciones subjetivas sobre el material, anteriormente descriptas.

A partir del análisis de las adaptaciones, se pudo comprender que aún no hay un consenso establecido sobre la delimitación metodológica. Al indagar acerca del tipo de adaptación aplicada dentro de las fuentes consultadas, se encontró que son pocas las que exponen una adaptación o utilización estandarizada del BMGIM, como es el caso de *'Música e Imaginería en Grupo'* (GrpMI) o *'Historias, Música e Imaginería'*. Otro aspecto que hubiera sido interesante estudiar, pero que ha quedado fuera del alcance de esta investigación, es el análisis de los programas musicales utilizados dentro de las diferentes adaptaciones, en relación a los

parámetros musicales, la estructura y forma musical, el estilo, entre otras características.

Con respecto al tipo de encuadre, se concluye que las adaptaciones del BMGIM para encuadres grupales, utilizan la música y la imaginería para promover la sensopercepción, el registro emocional, la imaginación y la creatividad dentro de un contexto que brinda seguridad y contención, aunque advirtiéndose que, en el caso en que algún niño presente una situación que exceda los límites del encuadre, debe ser transmitido a los directivos de la escuela para evaluar la posibilidad de un tratamiento individual. Esta situación también deja entrever que los alcances terapéuticos de las adaptaciones de este método con niños pueden profundizarse mejor dentro de un encuadre individual, en el cual la musicoterapeuta aborda la temática específica que el niño necesita trabajar, pudiendo enfocarse

detenidamente en su proceso (tal como ha esbozado una profesional en las respuestas del cuestionario).

En referencia al *Modo de evaluación*, se concluye que aún no hay un modo de evaluación formal para las adaptaciones en encuadres grupales, mientras que sí lo hay para la aplicación del BMGIM original en encuadres individuales, como es la “Escala para evaluar las respuestas en GIM” (Bruscia, 2000). Se considera que esta escala también podría “adaptarse”, tomando algunos elementos, y aportando otros nuevos, para enriquecer la evaluación a partir de la especificidad que arroja el encuadre grupal. Por otro lado, se ha encontrado interesante el modo de evaluación realizado por Weiss (1997), que contempla muchos elementos para evaluar de forma rigurosa el proceso individual y grupal, entre ellos las autoevaluaciones de las propias

estudiantes. Por supuesto, este tipo de evaluación resulta más aplicable con adolescentes, por su capacidad de simbolización y de registro de sí mismas. En el caso de los niños, se podría hacer un seguimiento del material resultante de la integración de la experiencia (dibujos, registros escritos, registros verbales), para detectar los indicadores del proceso, documentar las respuestas de los niños, evaluar el cumplimiento de objetivos para así poder ajustarlos a las necesidades requeridas por el grupo. Es en esta instancia en la cual lo terapéutico adviene. Según Bruscia (1998): “Dentro de la sesión, el terapeuta tiene la responsabilidad (...) de determinar de una manera objetiva el progreso del cliente y la efectividad de los procedimientos terapéuticos” (p. 117)

Con esta investigación se ha querido dar a conocer otros tipos de aplicación del BMGIM, y visibilizar sus

posibilidades de abordar la educación emocional de los niños y adolescentes. Igualmente, se espera que este estudio sirva de base para futuras investigaciones que puedan dilucidar el modo en que otros métodos musicoterapéuticos, dentro del ámbito educativo, también abordan los contenidos de la educación emocional, aún sin adscribirse a las terminologías específicas de ese paradigma.

Consideraciones Finales

Las adaptaciones del GIM en el contexto escolar, habilitan y validan la imaginación dentro del aula, la cual es un componente muy importante para el desarrollo y la salud integral de los niños. El mundo de la imaginación enriquece la creatividad y ayuda al desarrollo de las habilidades de afrontamiento o de resolución creativa de conflictos.

La posibilidad de favorecer el

contacto de los niños con sus emociones, sensaciones y pensamientos al momento en que se manifiestan, a partir de un registro corporal-sensitivo-interoceptivo, y de una observación del estado interno presente, es la base para aprender sobre las emociones tempranamente; aprender a desarrollar diferentes mecanismos de regulación, manejo y afrontamiento de las situaciones que causan mucho sufrimiento en la infancia, y posteriormente en la adultez. Entrar en contacto sensible con los indicios de las emociones en el cuerpo (sensaciones), es un punto de partida fundamental para lograr una actitud reflexiva y desarrollar una instancia de observación, que colaboren en encontrar formas de actuar e interactuar. Por ello, la escuela se presenta como uno de los escenarios más propicios para trabajar en la construcción de aquella actitud reflexiva que devenga de un

registro emocional sensible, favoreciendo así la empatía y el respeto hacia los demás, hacia el entorno.

Las adaptaciones del BMGIM dentro del ámbito educativo dan cuenta de un lugar en el cual Salud y Educación se encuentran, para trabajar y resolver de forma conjunta los desafíos de estos tiempos, y potenciar los recursos de los niños y adolescentes. Este método musicoterapéutico, que se implementa dentro de las aulas escolares, se presenta como un enfoque de promoción de la salud, que demuestra la importancia de la participación de las disciplinas del campo de la salud dentro del ámbito educativo, y la capacidad de la musicoterapia para abordar los lineamientos de programas de Educación Emocional.

Agradecimiento

La autora agradece a la Lic. Tosto

Virginia por la tutoría de la presente investigación.

Referencias

- Arana Oregui, A. (s. f). *Música e imágenes en contextos educativos*. (Tesis de postgrado) Instituto MAP, Vitoria-Gasteiz, España.
- Bisquerra Alzina, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21 (1), 7-43
- Bisquerra Alzina, R. & Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. Universidad de Barcelona. Facultad de Educación: *UNED Educación XX1* (10) ,61-82
- Bruscia, K. (1998). *Musicoterapia. Métodos y prácticas*. (2007) México: Editorial Pax
- Bruscia, K. (2000). A Scale for Assessing responsiveness to Guided Imagery and Music. *Journal of the Association for Music and Imagery*, p. 7.
- Bruscia, K. & Grocke, D. E. (2002). *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and beyond*. Barcelona Publishers.
- Bonny, H. & Savary, L. M. (1973). *La música y su mente. Cómo la música puede transformarnos Interiormente*. (1993) Madrid: Editorial EDAF
- Craig, A. D. (2008). Interoception and Emotion: a Neuroanatomical Perspective. En Lewis, Haviland-Jones & Barrett (eds.) *Handbook of Emotion*, Third Edition, Cap. 16. Guilford Press
- Damasio, A. R. (2000). *Sentir lo que*

- sucede. *Cuerpo y emoción en la fábrica de la conciencia*. Editorial Andrés Bello
- Goldberg Smith, F. (1992). Images of emotion: the role of emotion in GIM. *Journal of the Association for Music and Imagery*.
- Grocke, D & Wigram, T (2007). *Métodos receptivos de musicoterapia. Técnicas y aplicaciones clínicas para musicoterapeutas, educadores y estudiantes*. Editorial AgrupArte Producciones.
- Grocke, P. & Moe, T. (2015). *Guided Imagery & Music (GIM) and Music Imagery Methods for individual and Group Therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación (Sexta Edición)*. McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Herraiz Portillo, M. (2015). La conciencia emocional en Escuela Secundaria: Intervención con Musicoterapia GIM: Jornadas de Buenas Prácticas Educativas, *APOCLAM*(26)
- Malaisi, Lucas (2015, 21 de Mayo) *La educación emocional necesita abordaje transversal y curricular. Entrevista con Lucas J.J. Malaisi*. Recuperado de <http://ineverycrea.net/>
- Merritt, S. (1996). *Mind, Music and Imagery: Unlocking the Treasures of your Mind*. Santa Rosa, CA: Aslan Publishing.
- Moreno Marimon, M & Sastre Vilarrasa, G. (2010). Conflictos y emociones: un aprendizaje necesario. *Educació I Conflicte: la mediació com a recurs*. Annabel Fontanet i Caparrós.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools*. Programme on Mental Health. Ginebra
- Powell, L.T. (2007-2008). An adaptation of the Bonny Method of Guided Imagery and Music for Public Schools. *Journal of the Association for Music and Imagery*, (11).
- Powell, L. (2015). An adaptation of the Bonny Method of Guided Imagery and Music in School Classrooms. En Grocke, P. & Moe, T (Eds). (2015) *Guided Imagery & Music (GIM) and Music Imagery Methods for individual and Group Therapy*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Proyecto de ley de Educación Emocional (s.f.). Recuperado de: http://legislemos.org/uploads/sw_adjuntos/e423ac88_Proyecto%20de%20Ley%20educaci%C3%B3n%20emocional..pdf
- Roy Weiss, M. (1997). Guided Imagery and Music Group Experiences with adolescent girls in a High School setting. *Journal of the Association for Music and Imagery*.
- Summer, L. (1981). Tuning up in the classroom with Music and Relaxation. *Journal of the Society for Suggestive-Accelerative Learning and Teaching*. 6 (1).
- UNESCO (2015). *Rethinking Education: Towards a global common good?*. Place de Fontenoy, 75352 PARÍS 07 SP, Francia

Estudio de Caso

Efectos del abordaje musicoterapéutico con niños atendidos en dupla en el Servicio de Salud Mental del Hospital de Niños Pedro de Elizalde.

Lic. Julieta S. Rodriguez

Hospital de Niños Pedro de Elizalde

licjulietarodriguez@gmail.com

Resumen

En los tratamientos llevados a cabo en Consultorios externos del Hospital de Niños Pedro de Elizalde, se observó que algunos pacientes que eran atendidos en forma individual sin inconveniente, fracasaban a nivel del lazo social en encuadres grupales ofrecidos dentro de la institución. Estos niños cumplían los criterios de inclusión, pero no lograban integrarse en la propuesta grupal, teniendo como consecuencia dificultades en su proceso terapéutico individual y acentuando su dificultad para incluirse en grupos de pares por fuera del hospital. Debido a la importancia de trabajar el aspecto vincular, se propuso un abordaje musicoterapéutico en dupla como una instancia intermedia, teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada niño. Se ha llevado a cabo un estudio de caso de una dupla conformada por dos pacientes atendidos con la modalidad propuesta, dando cuenta del proceso realizado y de los efectos de este abordaje en el plano vincular. A partir de los resultados hallados, se puede dar cuenta de la potencialidad de la propuesta, como situación clínica que promueve la emergencia de producciones compartidas y de encuentros positivos entre niños que asisten al Servicio de Salud Mental de este Hospital. El abordaje musicoterapéutico en duplas podría constituirse como un aporte de relevancia en el tratamiento de las dificultades en el lazo social.

Palabras clave

Hospital, Salud Mental, Niños, Musicoterapia clínica, Vincular



ECOS, Revista Científica de la Asociación Argentina de Musicoterapia. ISSN 2545-8639

<http://asamdifusion.wixsite.com/musicoterapia/ecos->

ECOS es una publicación de ASAM (www.musicoterapia.org.ar)

Recibido: 10/9/2017 Aceptado: 20/10/2017

Introducción

En el Servicio de Salud Mental del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (HGNPE) se brinda atención a niños y adolescentes de 0 a 18 años, con distintas problemáticas del desarrollo y de la constitución subjetiva. El servicio cuenta con dispositivos de atención entre los cuales se encuentran: Consultorios externos, Interconsulta, Internación y Guardia. El equipo de profesionales de este servicio está compuesto por profesionales de planta (psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, terapistas ocupacionales, enfermeros, una musicoterapeuta y una abogada) residentes y concurrentes de psiquiatría, psicología y musicoterapia. Se llevan a cabo una variedad de prestaciones entre las cuales se incluyen: tratamientos individuales y grupales; psicodiagnósticos; terapia familiar; y talleres.

En los tratamientos llevados a cabo en Consultorios externos, se observó que algunos niños que eran atendidos en el dispositivo individual sin inconveniente, fracasaban a nivel del lazo social en encuadres grupales ofrecidos dentro del hospital. Estos niños cumplían los criterios de inclusión en esos grupos (generalmente delimitados por rango de edad o por diagnóstico), pero quedaban por fuera de los mismos con el transcurrir de las sesiones, ya que no lograban integrarse en la propuesta grupal, evidenciando aislamiento o generando situaciones de desorganización en la dinámica del grupo. Estas situaciones grupales, traían como consecuencia dificultades en su proceso terapéutico individual y acentuaban su dificultad para incluirse en grupos de pares por fuera del hospital.

Debido a la importancia de trabajar el aspecto vincular en el tratamiento de estos niños, se propuso una instancia intermedia, un abordaje musicoterapéutico en dupla, teniendo en cuenta sus necesidades particulares.

En la presente investigación se realizará el estudio de caso de una dupla conformada por dos pacientes atendidos con la modalidad propuesta, dando cuenta del proceso musicoterapéutico realizado y de los efectos de este abordaje en el plano vincular. Para poder llevar a cabo el análisis del proceso, se tomarán en cuenta los desarrollos teóricos de Gauna, Giacobone y Licastro (2015) en relación al concepto de *modos relacionales*, los cuales serán desarrollados en un apartado específico de este trabajo. Considerando la gran cantidad de autores que han elaborado conceptualizaciones en relación a la musicoterapia clínica con niños, en esta investigación se ha trabajado principalmente con aquellos que resultan afines con la atención clínica que se lleva a cabo en este hospital y en el contexto sociohistórico de la Ciudad de Buenos Aires.

A la luz de los anteriores planteamientos, los objetivos que se plantean para esta investigación son: 1) Desarrollar el proceso musicoterapéutico de una dupla conformada por dos niños con dificultades en el lazo social, de Febrero a Junio de 2014, en Consultorios Externos del Servicio de Salud Mental del HGNPE. 2) Identificar los efectos de este abordaje a través del análisis de los *modos relacionales* observables en el despliegue expresivo de cada niño.

La relevancia teórica de esta investigación apunta a aumentar el conocimiento en relación al abordaje musicoterapéutico de niños con dificultades en el lazo social en el ámbito hospitalario público. En cuanto a su relevancia práctica, los resultados de esta investigación podrían ser útiles para ampliar las posibilidades de atención del musicoterapeuta frente a las necesidades particulares y la complejidad de la población asistida en este hospital general de niños. A su vez, podría brindar herramientas para la evaluación y formalización de los dispositivos existentes en el mismo.

Marco Teórico

Funcionamiento del Servicio de Salud Mental del HGNPE

En el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde se brinda atención a niños de 0 a 18 años, en distintas áreas, incluyendo Internación, Consultorios externos, Guardia y Rehabilitación, entre otros. Dentro del organigrama del hospital, el Servicio de Salud Mental depende del Departamento de Consultorios externos. La Dra. Susana Sarubbi, jefa del servicio hasta el año 2016, plantea que este sector tiene como propósito la atención integrada especializada de la población infanto-juvenil, con el fin de promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud mental en correspondencia con los lineamientos de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (Sarubbi, 2011).

En relación a las características de la población asistida, Sarubbi (2011) menciona que se trata de niños, niñas y adolescentes de 1 a 18 años; con residencia en la Ciudad de Buenos Aires, conurbano bonaerense y resto de la provincia de Buenos Aires, otras provincias y otros países; en su mayoría sin cobertura médica u obra social. A su vez, ubica que la demanda suele realizarse desde: diversos servicios del hospital; otros centros asistenciales; centros educacionales; instituciones judiciales; y por consulta espontánea.

Este servicio se organiza a través de los siguientes dispositivos de atención: Admisión, Consultorios externos, Interconsulta, Guardia, y Sala de internación de Salud Mental. También cuenta con los siguientes dispositivos grupales: Terapia Asistida con Animales (T.A.C.A.), Taller de Artes Combinadas y Taller de vivero huerta.

La Musicoterapia en el HGNPE

En lo que respecta a la Musicoterapia, este hospital cuenta con una trayectoria de más de veinte años en la inclusión de esta disciplina, incluyéndose desde sus comienzos desde el Servicio de Salud Mental. Actualmente, el Equipo de Musicoterapia está conformado por una musicoterapeuta de planta, jefe de residentes, residentes y becarios ad honorem, quienes trabajan en forma conjunta, manteniendo reuniones semanales y supervisiones grupales. El equipo brinda diversas prestaciones, entre las cuales se incluyen abordajes individuales, grupales y vinculares, atención temprana, interconsultas y talleres.

En el trabajo “Los comienzos de una nueva residencia”, planteamos que:

“En este contexto institucional, consideramos a nuestra práctica como un espacio terapéutico, perteneciente al campo de la salud mental, en el que se trabaja con la expresividad del sujeto, con aquello que surge como posible para crear una escena lúdica, sonora o un movimiento que le permita desplegar de sus potencialidades y sus padecimientos” (Knox, Rodríguez & Uzal, 2014, p. 2).

Abordaje musicoterapéutico en la clínica con niños

A lo largo de la historia de la Musicoterapia en la Argentina, muchos autores han trabajado en relación al abordaje musicoterapéutico en la clínica con niños. Si bien muchos de ellos son de gran interés, para los fines de esta investigación, se ha limitado el desarrollo a las conceptualizaciones que resultan afines con el trabajo que se lleva a cabo en este hospital y en el contexto sociohistórico de la Ciudad de Buenos Aires.

Giacobone (2011; en Uzal, 2015) refiere que:

“La historia disciplinar revela un proceso de cambio

paradigmático desde una musicoterapia definida por la patología (perturbación neurológica, motora, mental) y condicionada por el campo de trabajo (Rehabilitación, Salud Mental), a una musicoterapia clínica en la infancia determinada por el abordaje de los niños desde una escucha de las producciones expresivas que dan cuenta de su singularidad” (p. 14).

En la bibliografía consultada, se han encontrado diversos modos de definir la especificidad de la clínica musicoterapéutica con niños y de la escucha del musicoterapeuta. En este sentido, las profesionales de la Sección de Musicoterapia del Hospital Infanto Juvenil Tobar García, plantean que el musicoterapeuta “*se ocupa de la escucha y la percepción de los fenómenos sonoros corporales que los niños, niñas y adolescentes despliegan en su hacer, leídos como producción con el objetivo de que dichas vivencias se encuadren en un espacio propiciador para el desarrollo de la vincularidad, para el despliegue de los modos propios de expresión y el reestablecimiento de núcleos de salud” (2014).*

Según Licastro (2015), el abordaje musicoterapéutico “*proporciona los elementos para que el paciente pueda explorar sus modos discursivos, expresivos, vinculares y relacionales representativos, con el fin de construir y reconstruir nuevas experiencias subjetivas en base a la relación terapeuta-paciente” (p. 150).*

La autora plantea que, particularmente en la clínica con niños, el musicoterapeuta apunta a la expresión sonora espontánea y a la construcción de un espacio vincular para el niño pueda explorar:

- Sus propios recursos expresivos (cuerpo y voz en relación)
- Posibles relaciones con las fuentes sonoras (construcción de secuencias y estructuras de juegos sonoras)

- Producciones sonoras “propias” que permitan la construcción de pautas que favorezcan la interacción
- El espacio vincular para construir vínculos con las fuentes sonoras, el terapeuta u otros (donde se pone en escena la afectividad y creatividad como vehículo de partida hacia los núcleos de salud).

Por su parte, Banfi (2015) plantea que *“la sesión de Musicoterapia es un encuentro en la música (...). La persona ubicada como musicoterapeuta tiene como trabajo primero la generación de un ámbito posibilitador de conexiones sensibles”* (p. 17). Según la autora, *“el hacer empático, la sintonía que el encuentro musical requiere para ocurrir, es donde la Musicoterapia alberga su potencia”* (p. 26).

Pellizzari y Rodríguez (2005) también proponen pensar a la música como un lenguaje y como un posible lugar de encuentro. A su vez, plantean que *“hacer música significa en principio construir la capacidad de escuchar y escucharse. Escuchar y ser escuchado para conocerse, para encontrarse en un mismo canto, una misma melodía, manteniendo las diferencias y respetándolas”* (p. 202).

Licastro (2015) propone pensar a la música en términos de lenguaje, que cuenta sobre quien lo produce y propone formas de vínculos con los otros y con el mundo. La autora plantea que la Musicoterapia es una disciplina que vincula el arte con la salud:

“Cuando hablamos de arte estamos tomando a la música como un lenguaje, una estructura sonora que cuenta con una organización discursiva. En esa estructura se combinan sonido, cuerpo y movimiento, dando cuenta de un sujeto que produce y manifiesta su mundo interno. Este significado nos aleja de aquella concepción que

le otorga a los sonidos un don en sí mismo y observa a la música como intrínsecamente terapéutica” (p. 139).

Para reconocer al niño en tanto sujeto productor de sus propios discursos, es fundamental definir la posición de escucha del musicoterapeuta como herramienta privilegiada de nuestro quehacer profesional. Giacobone (2015) desarrolla el concepto de *“escucha trabajada”* a partir de las enseñanzas de Elcira Belloc, quien refiere que el musicoterapeuta debe formarse específicamente para esto. La *escucha trabajada* es la herramienta que le permite operar en el campo expresivo jugado en la clínica. El musicoterapeuta, en términos de proceso, promueve una *configuración*: *“Una configuración es un proceso de organización relacionado con el dar forma, conformar un todo cuya propiedad puede no tener que ver con las de sus componentes individuales” (p. 107).*

La autora plantea que, inicialmente, en el encuentro clínico:

“Nos aproximamos a un misterio, buscamos alojar al niño y ofertamos una posibilidad, una invitación a transitar un camino direccionado desde las producciones emergentes en la escena clínica donde él es sujeto activo de la intervención. Las producciones discurren con encuentros y desencuentros que conducen a algún lugar. En ese trazado, el niño se va conociendo y re conociendo, así acontecen mutuos reconocimientos en la escena” (Giacobone, 2015, p. 107).

La clínica con niños desde este posicionamiento, nos conduce a entender el discurso sonoro de los niños como formas compuestas de relaciones entre materiales y modos, que serán descifradas y valoradas por el musicoterapeuta a través de su escucha. Al decir de Giacobone (2015):

“La producción expresiva a la que prestamos particular atención, presentará cualidades perceptibles en tanto pausas, acentuaciones, entonaciones, puntuaciones, densidades, distancias, silencios. Nuestra escucha trabajada nos permitirá oír correlatos, similitudes y diferencias tanto sutiles como sustanciales” (p. 108).

Los autores presentados hasta el momento, describen una clínica musicoterapéutica que no es posible de encasillar en un esquema fijo de trabajo. En este sentido, Giacobone (2015, p. 115) explica que la relevancia que cobra la singularidad del niño y su vincularidad, nos arroja siempre una *valoración a medida*. De todos modos, la autora presenta un intento de sistematización, identificando elementos modales a los que permanecemos alertas durante la escena clínica, a saber:

- Estado de ánimo
- Atención mutua
- Expresividad emocional
- Intencionalidad exploratoria
- Intencionalidad comunicativa
- Iniciativa vincular
- Compromiso mutuo
- Responsividad
- Reciprocidad

En cuanto a la escucha clínica en Musicoterapia, el Equipo de Musicoterapia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez plantea que:

“La observación, la lectura y la escucha del Musicoterapeuta está centrada en la materia sonora (fuentes, voz, cuerpo en relación, etc.) y su despliegue expresivo. En el abordaje se identificarán los organizadores de las estructuras que conforman esa materia, operando desde ese desciframiento para la apertura, variación, renovación y resignificación. Es decir, hacia la construcción de sentido”

(Licastro, 2015, p. 152).

Para tal fin, describen los modos en los cuales interviene el musicoterapeuta: *Modos expresivos* (observable en la producción expresiva; en la relación emoción-acción. El musicoterapeuta escucha y mira aquellas acciones, patrones, afectadas y/o alteradas que obstaculizan la vía de expresión-comunicación), *Modos vinculares* (observable desde la interacción social y la eficacia con la que se desarrollan y crean los diálogos. Indicadores de la cualidad de los intercambios) y *Modos relacionales* (observables en las pautas que entablan y crean los códigos, los lenguajes y la comunicación. Indicadores de la organización discursiva. Modelo de la alternancia, capacidad de escuchar los ritmos y las formas de la comunicación, actuaciones por turnos, simultaneidad, etc.).

Estos modos son utilizados en el “Programa de Atención Temprana en Musicoterapia” del Hospital Gutierrez (Licastro, 2015, p. 166) para la valoración musicoterapéutica, y organizados en 3 ejes con sus correspondientes variables:

- Gestos espontáneos: corporales-gestuales-sonoros
 - Atención estímulos ambientales
 - Ciclos de actividad/inactividad: frecuencia-duración (cuantitativo)
 - Inactividad: alerta/ensimismada/retraída
 - Actividad: respuesta o inicio a pauta humana o ambiental
 - Iniciativas: búsqueda-exploración
 - Responsividad: sensorial (int.) – perceptiva (ext.)
 - Acciones organizadas: patrones – secuencias
 - Cualidades de la producción sonora (prevalencia sonoro-vocal y/o instrumental)
 - Eje II: *Modos vinculares/sonoro expresivos* (indicadores de cualidad-afectividad/emotividad)
 - Receptividad
 - Atención mutua
 - Reciprocidad
 - Progresión de los intercambios SC
 - Cualidades sonoro expresiva de los intercambios
 - Eje III: *Modos relacionales/discursivos sonoros* (indicadores de organización, construcción e integración)
 - Actuaciones por turno
 - Imitación – repetición y renovación/variación
 - Construcciones discursivas sonoras propias (singularidad)
 - Diálogos sonoros
 - Cualidades creativo/recreativas en la configuración de las secuencias interactivas
 - Uso de las habilidades madurativas adquiridas con finalidad vincular y comunicacional

A lo largo del presente trabajo de investigación, se tomará este posicionamiento en relación a la clínica musicoterapéutica con niños, en la cual nos encontramos frente al desafío de ubicarnos desde una posición lúdica, generando situaciones de *encuentro* que propicien el despliegue de las formas expresivas y singulares de cada sujeto. El lugar del musicoterapeuta en este encuentro con el niño implica una *posición de escucha y producción activa*, que le permitirá trabajar dentro de un escenario vincular articulando sentidos a lo largo del proceso.

A partir de este posicionamiento clínico, se ubica al niño como sujeto de un decir singular que le es propio y que posibilitará la apertura de su *expresividad*. Por este motivo, y considerando las conceptualizaciones de los autores mencionados previamente, se entenderá a la Musicoterapia clínica como un “*abordaje específico de la vincularidad*”.

Estado del arte

En el ámbito de la clínica con niños con problemáticas graves del desarrollo y de la constitución subjetiva, los encuadres grupales suelen generar dificultades y debates tanto teóricos y prácticos. Si bien son muchos los musicoterapeutas que llevan a cabo este tipo de abordajes, en más de una oportunidad, han sido conceptualizados como “*agrupamientos*”, pensando la idea de grupo como un punto de llegada (González, 2003). Esta situación se debe principalmente a las características particulares de estos niños, en donde la posibilidad de hacer lazo con otros se presenta como una de sus mayores dificultades, de allí la importancia del trabajo en este aspecto.

En la Tesis de Licenciatura de Flores, Mammalucco y Perez (2005), las autoras se proponen documentar su práctica clínica dentro de la sección de Musicoterapia del Hospital Infante Juvenil “Dra. Carolina Tobar García” con grupos de niños que vienen

realizando tratamiento individual musicoterapéutico. Los profesionales del equipo, observan en los tratamientos individuales un conjunto de comportamientos en los niños, que dan cuenta de la posibilidad del paciente para incluirse en un dispositivo grupal.

En su hipótesis, las autoras plantean que: *“Los indicadores que se utilizan en la sección de Musicoterapia del Hospital Infanto Juvenil “Dra. Carolina Tobar García” para la derivación a tratamiento grupal de niños con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo, de 4 a 7 de edad que se encuentran en tratamiento musicoterapéutico individual, son los siguientes: Posibilidades de exploración de objetos con diferentes modos de acción; Por lo menos algún modo de expresión; Posibilidades de imitación; Intención de comunicación; Posibilidad de tener relación con un adulto como referente; Observación hacia las actitudes de otro (adulto u otros niños)”* (Mammalucco, Flores y Perez, 2005).

A lo largo de la investigación, y a partir del análisis de los comportamientos de 5 niños, las autoras logran corroborar los indicadores planteados en su hipótesis.

Paladino y Barbín (2011) han llevado a cabo un trabajo titulado *“Clínica en Musicoterapia. La potencia de lo colectivo en la construcción subjetiva de niños con TGD”*, acerca de las formas de grupalidad de niños con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) en la situación clínica en musicoterapia. Este trabajo se llevó a cabo en una institución que funciona bajo la modalidad de Centro Educativo Terapéutico (CET). Las autoras plantean que, debido a las características de estos niños, fue necesario buscar otra forma de abordar lo grupal.

Las autoras observan que *“aun teniendo en cuenta los desarrollos en el área de la psicopatología infantil (en especial los niños con TGD), que hacen referencia a la escasa posibilidad de estos niños de hacer lazo, el abordaje grupal en musicoterapia mostraría huellas de que alguna forma de grupalidad allí se trama”* (Paladino, 2011). Para tal fin,

proponen un dispositivo grupal que posibilita la aparición de un reconocimiento recíproco y de una producción discursiva colectiva, que son los factores que forman parte de lo que denominan “encuentro”.

Resulta de gran interés la propuesta de las autoras en relación al concepto de “multiplicidad”, que permite *“no pensar al grupo como un ‘Todo’ ni como un gran ‘Uno’, y sortear así cualquier criterio homogeneizante, en donde se subordinan las particularidades y las singularidades a una totalidad homogénea, entera, cerrada, y masificadora. (...) Posicionarse en la multiplicidad permite pensar lo colectivo como un campo de heterogeneidad, de diversidad y de diferencias, donde la mirada está puesta en lo que ocurre entre los elementos que lo componen, es decir, en cuál es la forma que adoptan las conexiones entre los mismos”* (Paladino, 2011).

En relación al abordaje musicoterapéutico de niños en la modalidad de “dupla”, no se han encontrado trabajos escritos al respecto. Corresponde mencionar el desarrollo de Licastro (2015), con el cual se acuerda en cuanto a la definición de *“trabajo en duplas”*. La autora describe las modalidades de abordaje llevadas a cabo por el Equipo de Musicoterapia del Hospital Gutiérrez de acuerdo a cada caso:

“La instancia individual es pensada como un espacio donde el paciente pueda reconocerse y establecer vínculos, permitiéndose así una exploración individual. La instancia grupal es pensada en base a la existencia de cierta posibilidad de escucha para ir transformando los niveles de intercambio. El trabajo en duplas surge de una intervención específica, es un espacio de transición entre lo individual y lo grupal que se lleva a cabo luego de un proceso individual. Por lo general el espacio de duplas se compone de dos niños y dos MT. Por último, la instancia vincular es pensada en atención temprana para

la clínica de bebés o niños pequeños o bien de acuerdo a la necesidad del trabajo relacional madre-hijo en edades posteriores” (Licastro, 2015, p. 155).

Luego de realizar la revisión bibliográfica pertinente, no se han encontrado trabajos que dieran cuenta del abordaje musicoterapéutico con niños con dificultades en el lazo social atendidos en dupla específicamente en el ámbito público hospitalario.

Método

Participantes:

Se realizará un estudio de caso del proceso musicoterapéutico de dos niños con dificultades en el lazo social, atendidos en dupla. A continuación, se citarán los datos de relevancia correspondientes a los sujetos participantes al momento de iniciar la dupla (Tablas 1 y 2). Cabe destacar que, para preservar la identidad de las personas involucradas, los nombres que figuran en esta investigación son ficticios.

Tabla 1. Datos de relevancia del Sujeto 1.

Sujeto 1: MARTIN	
Edad	12 años, 1 mes
Nacionalidad	Argentino
Domicilio	Partido de Lanús, Prov. Buenos Aires
Contexto familiar y social	Grupo conviviente: - Madre - Pareja de la madre - Hermana mayor - Hermano menor

- Sin vinculación con su padre biológico desde hace varios años. Vínculo conflictivo entre sus padres.

Diagnostico	Microcefalia. Retraso mental (moderado). Cardiopatía congénita.
Escolaridad	Interrumpida. Asistió a Centro Educativo Terapéutico privado hasta los 10 años.
Tratamientos	Psicología Seguimiento Pediatría Seguimiento Psiquiatría
Inicio del tratamiento musicoterapéutico individual	Junio 2013
Derivación	Psicóloga tratante
Motivo de derivación	Conductas disruptivas en su hogar y en espacios públicos. Dificultades en el plano vincular.
Inclusión en otros encuadres grupales del hospital	Taller de teatro. Dificultades para su permanencia en el encuadre propuesto.
Otras actividades	-
Otros datos de interés	Posee Certificado Único de Discapacidad.

Tabla 2. Datos de relevancia del Sujeto 2.

Sujeto 2: TOMÁS	
Edad	8 años, 8 meses
Nacionalidad	Argentino
Domicilio	Partido de San Martín, Prov. Buenos Aires
Contexto familiar y social	- Madre (encargada de la crianza y todos los cuidados del niño)

- Abuelo paterno (relación conflictiva)
- Sin vinculación con su padre biológico desde hace 4 meses. Vínculo conflictivo entre sus padres desde el momento del embarazo.
- Tío (hermano de la madre), tía y primo, viven en la casa aledaña. Escasa vinculación.
- Vinculación y apoyo por parte de amistades de la madre.

Diagnóstico	Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado
Escolaridad	Escuela especial pública (3 veces por semana). Inclusión en Escuela Normal (2 veces por semana)
Tratamientos	Psicología Seguimiento Psiquiatría
Inicio del tratamiento	Julio 2012
musicoterapéutico individual	
Derivación	Psicóloga tratante
Motivo de derivación	Conductas de aislamiento, autoagresiones, hipersensibilidad a estímulos sonoros de la vida cotidiana.
Inclusión en otros encuadres grupales del hospital previamente	Evaluación para Taller de vivero huerta. Dificultades para su inclusión.
Inclusión en otras actividades	Natación (Club en su zona de residencia)
Otros datos de interés	Posee Certificado Único de Discapacidad.

Procedimiento

El estudio de caso se llevará a cabo a partir del relevamiento de información y análisis de las historias clínicas de Musicoterapia y las crónicas de las sesiones realizadas.

Se llevará a cabo un estudio de corte longitudinal y retrospectivo, de Febrero a

Junio de 2014, describiendo el proceso, e identificando los *modos relacionales* observables en el despliegue expresivo de cada niño.

Si bien la información existente sobre la utilización del método de estudio de caso en investigación científica es bastante escasa (Martinez, 2006), este método es considerado como una herramienta valiosa de investigación. Al decir de Bisquerra (2009), el estudio de casos es un “*método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de un fenómeno, entendido estos como entidades sociales o entidades educativas únicas*”. Con lo cual, el caso estudiado se entiende como una situación única que merece interés en investigación.

Análisis de datos:

El análisis se realizará organizando los datos recogidos y evaluando en dos niveles. En un primer nivel, se agruparán los datos recogidos, los cuales serán detallados de modo descriptivo. En un segundo nivel, se realizarán asociaciones en relación a los indicadores propuestos por Licastro (2015) en el Eje: *Modos relacionales/discursivos sonoros*.

Aspectos éticos:

Teniendo en cuenta que se trata de un estudio de caso retrospectivo y que serán resguardados los datos personales de los participantes, no hay riesgos potenciales de los sujetos de investigación. Por este motivo, se solicita la eximición de la toma de consentimiento informado.

En cuanto a la posibilidad de hacer accesible los resultados del estudio a los

participantes, esto no será posible debido a que se trata de pacientes que han sido dados de alta.

Esta investigación está sujeta a la Declaración de Helsinki, las Normas Internacionales de Buena Práctica Clínica, la Ley 3301 sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud, y la legislación nacional y comunal vigente en materia de investigación clínica.

Resultados

Etapas del proceso musicoterapéutico:

Etapa 1: Tratamiento musicoterapéutico individual y conformación de la dupla.

En las tablas 3 y 4, se presentará un resumen de los datos más relevantes correspondientes al tratamiento musicoterapéutico individual de cada participante, previo a la conformación de la dupla. A su vez, se detallarán los criterios y objetivos observados por la Musicoterapeuta para conformación de la dupla.

Tabla 3. Tratamiento musicoterapéutico individual del Sujeto 1.

Sujeto 1: MARTIN

- ***Síntesis del tratamiento musicoterapéutico individual:***

- ***Período: Junio 2013 – Febrero 2014:***

- **En los comienzos del tratamiento, a Martin le resultaba difícil de sostener el encuadre terapéutico, presentando dificultad para permanecer dentro del consultorio, y requiriendo de la presencia casi constante de su madre. El niño solía salir corriendo repentinamente del consultorio, siendo difícil convocarlo nuevamente a la actividad. Esta conducta era habitual en otros espacios a los que también concurría (consultorios médicos, taller de Teatro). A su vez, demandaba**
-

que las cosas se hicieran a su manera, de lo contrario, respondía con escenas de enojo y “berinches”, en donde incluía gritos, heteroagresiones o arrojaba objetos.

- Se realizó un trabajo en conjunto con la madre, delimitando las necesidades y requerimientos de este espacio, así como también se realizó un trabajo intensivo con Martin. La estrategia en cada sesión incluyó: armado y desarmado del espacio y los objetos a utilizar; delimitación de la cantidad de estímulos, instrumentos musicales y objetos ofrecidos; realización de juegos simples reglados; articulación y continuidad entre sesiones.
- Martin logró permanecer en las sesiones, mostrándose colaborador, aunque presentando: atención lábil, dificultad en la exploración significativa de distintos objetos y materiales, escasa posibilidad de participar en actividades que incluyen turnos.
- Se trabajó a través del armado de escenas lúdicas improvisadas, incluyendo personajes y roles. Se llevaron a cabo producciones sonoras individuales y vinculares, en donde Martin pudo desplegar sus recursos expresivos que le permitieron realizar historizaciones y relatos acerca de sí mismo.
- Se realizaron entrevistas con la madre, en donde se remarcó la importancia de que Martin asista a una institución educativa. En conjunto con Taller de teatro, Psicología y Psiquiatría se realizó asesoramiento al respecto. El niño no ha sido admitido en ninguna institución, debido a la negativa de las mismas ante episodios de desorganización conductual durante las entrevistas de admisión.

• *Criterios y objetivos para inclusión en la dupla:*

- Se observaron mejorías significativas en el encuadre individual en relación a la regulación de su conducta y la detención de las heteroagresiones.
 - Facilitar su participación en actividades con mayor demanda atencional, delimitación de consignas y turnos.
 - Promover su interacción con pares.
 - Favorecer su posibilidad de permanencia en espacios y situaciones compartidas.
-

- Abordar su dificultad vincular para posibilitar su inclusión en alguna institución educativa y en grupos de pares.

Tabla 4. Tratamiento musicoterapéutico individual del Sujeto 2.

Sujeto 2: TOMÁS

▪ ***Síntesis del tratamiento musicoterapéutico individual:***

Período: Julio 2012 – Junio 2013:

- Se abordó principalmente la tolerancia de Tomás a los estímulos sonoro musicales, los cuales lo alteraban, provocando distintas reacciones (gritos, vómitos) y dificultando su normal desempeño en actividades diarias.
- Se observaron muy buenos resultados a través del proceso musicoterapéutico. Se realiza derivación por rotación hospitalaria de la musicoterapeuta tratante.

Período: Junio 2013 – Febrero 2014:

- Tomás interactúa activamente con la musicoterapeuta, haciendo uso de diferentes recursos del espacio. Durante las sesiones se observa escasa flexibilidad ante los cambios. Al ofrecerle instrumentos musicales, hace uso de los mismos en forma convencional, explorando significativamente sus cualidades tímbricas. Lo convoca el armado de escenas lúdicas improvisadas, incluyendo el uso de objetos sonoros y juguetes. Se trabaja con la voz, a través de la imitación y la sonorización de relatos y juegos.
- Se han llevado a cabo entrevistas con la madre de Tomás, quien refiere conflictiva a nivel familiar, en relación a su padre (abuelo del niño) y en relación al padre del niño.
- En cuanto a la inclusión de Tomás en la escuela, han informado que el niño presenta dificultades en el plano relacional con sus compañeros.

- ***Criterios y objetivos para inclusión en la dupla***
 - **Se observaron mejorías significativas en el encuadre individual en cuanto a sus recursos lúdicos y expresivos.**
 - **Abordar la problemática vincular planteada desde la escuela, a partir de su inclusión en un encuadre más pequeño y de mayor contención.**
 - **Favorecer aspectos relacionales y de intercambio significativo con otro par.**
-

Etapa 2: Proceso musicoterapéutico inicial de la dupla (Período: Marzo a Mayo 2014)

A continuación, se sintetizarán los puntos más relevantes de cada sesión, con el fin de poder resaltar aquellas manifestaciones y producciones significativas que den cuenta de los *Modos relacionales* observables en cada participante.

Sesión 1

- **Observaciones generales en sesión: Presentación de los miembros de la dupla.**
La Musicoterapeuta propone una actividad lúdica reglada, incluyendo canciones populares e instrumentos musicales diversos, en la cual se crean roles y turnos para cada participante.
- **Martin: Propone espontáneamente un juego incluyendo material lúdico (juguetes y bloques de encastre) y música grabada. Se comunica verbalmente sin dificultad, se dirige a su compañero y lo incluye en su juego. Respeta las reglas y consignas en actividad lúdica propuesta por la Musicoterapeuta. Se dirige a Tomás con intención de convocarlo a participar. Comparte el material de su preferencia bloques de encastre). Al finalizar la sesión, recrea producciones sonoras**

trabajadas en el encuadre individual, utilizando principalmente la guitarra e instrumentos de percusión.

- Tomas: Participa escasamente del juego propuesto por Martin. Se comunica verbalmente sin dificultad y explica los motivos por los cuales no le gusta el juego propuesto. Se incluye en actividad propuesta por la Musicoterapeuta, a través del uso del teclado. en su producción, se evidencian silencios y construcciones sonoras propias. No muestra interés por las producciones individuales de su compañero.
- Datos de relevancia fuera de sesión: La Musicoterapeuta realiza la presentación de las madres de ambos participantes en la sala de espera.

Sesión 2

- Observaciones generales en sesión: La Musicoterapeuta pone a disposición de los participantes distintos materiales, incluyendo: instrumentos musicales, hojas, lápices, telas, juguetes. Ambos participantes muestran interés en el material plástico.
- Martin: Tanto en el uso de material musical como en el plástico, imita y reproduce las formas de expresión de Tomás.
- Tomas: Hace uso del material grafo plástico para realizar dibujos. Los exhibe a la Musicoterapeuta. Requiere de la intervención de la Musicoterapeuta para incluir a Martin en su juego.
- Datos de relevancia fuera de sesión: Intercambio entre las madres, conversación en la sala de espera.

Sesión 3

No puede llevarse a cabo debido a un feriado nacional.

Sesión 4

- Observaciones generales en sesión: La Musicoterapeuta ofrece los instrumentos musicales y propicia la producción sonora compartida.
- Martin: Propone juegos que integran a Tomás y a la Musicoterapeuta. Realiza producciones sonoras propias individuales. En las mismas manifiesta verbalmente situaciones de su vida cotidiana a través del uso de su voz. Su producción se caracteriza por la intensidad alta y la repetición de formas sonoras creadas en sesiones previas. En situaciones interpersonales de dificultad, acude a la Musicoterapeuta como mediador ante el conflicto.
- Tomas: Por momentos es necesario convocarlo a la propuesta de Martin, ya que suele aislarse en juegos solitarios con objetos de su interés (muñecos). Se integra ante el señalamiento de la Musicoterapeuta incluyéndose a través del uso del teclado. Sus producciones se caracterizan por la presencia de alternancias, momentos de espera y de actuación. Logra registrar las producciones sonoras de su compañero.
- Datos de relevancia fuera de sesión: Intercambio entre las madres, conversación en la sala de espera.

Sesión 5

No puede llevarse a cabo debido a un feriado nacional.

Sesión 6

- Observaciones generales en sesión: La Musicoterapeuta ofrece los instrumentos musicales y propicia la producción sonora compartida.
- Martin: Participa activamente en una producción sonora en conjunto con Tomás y la Musicoterapeuta. Logra expresarse haciendo uso de la voz y el cuerpo en movimiento. Se observa la repetición de células rítmicas y melódicas de la Musicoterapeuta. Solicita material para realizar un dibujo, logra concentrarse en la realización del mismo, el cual posee características propias.
- Tomas: Participa activamente en una producción sonora en conjunto con Martin y la Musicoterapeuta. Logra expresarse haciendo uso de la voz, juega con variaciones vocales y tímbricas. Toma la propuesta de Martin. Al dibujar, quiere copiar la producción gráfica de la Musicoterapeuta.
- Datos de relevancia fuera de sesión: Los niños juegan en la sala de espera antes de comenzar la sesión.

Sesión 7

- Observaciones generales en sesión: Tomás se ausenta a la misma.
- Martin: Advierte la ausencia de Tomás y quiere saber el motivo. Se evidencia mayor posibilidad de atención sostenida en juegos reglados. Se realiza historización del proceso de la dupla.
- Datos de relevancia fuera de sesión: La madre de Tomás avisa telefónicamente que no podrán concurrir debido a inconvenientes con el transporte público.

La madre de Martin refiere que observa mejoras en las conductas de su hijo e informa que se encuentra retomando los trámites necesarios para su escolaridad.

Se trabaja en relación al inminente cambio de Musicoterapeuta debido a rotación

hospitalaria.

Sesión 8

- Observaciones generales en sesión: Se comienza a trabajar cambio de Musicoterapeuta por rotación hospitalaria.
- Martín: Participa de una producción sonora conjunta en la cual privilegia la imitación de células rítmicas de la Musicoterapeuta. Se realiza una sonodramatización a partir de una historia relatada por el niño, en donde participa aportando material creativo propio. Acepta propuestas de su compañero.
- Tomás: Participa de una producción sonora conjunta en la cual privilegia el uso de la voz. En la sonodramatización, participa incluyendo juguetes y proponiendo variaciones al relato inicial. Por momentos realiza un juego solitario. Incluye a su compañero ante el señalamiento de la Musicoterapeuta.
- Datos de relevancia fuera de sesión: Los niños juegan en la sala de espera antes de comenzar la sesión. Intercambian juguetes que cada uno trajo de su hogar. Se trabaja con las madres en relación al cambio de Musicoterapeuta.

Sesión 9

- Observaciones generales en sesión: Última sesión antes de cambio de Musicoterapeuta. Se anticipa el cierre y derivación.
- Martín: Logra verbalizar acerca de la situación de cambio de Musicoterapeuta. Trae juguetes y material para compartir con su compañero. Participa de una escena lúdica en donde se incluye espontáneamente a través del uso de juguetes. Se observa la posibilidad de realizar variaciones durante el mismo.

- Tomas: Logra verbalizar acerca de la situación de cambio de Musicoterapeuta. Se muestra interesado en el material compartido por Martin. Participa de la escena lúdica incluyéndose a partir del uso de su voz, con la cual juega realizando variaciones tímbricas.
- Datos de relevancia fuera de sesión: Los niños juegan en la sala de espera e intercambian juguetes y comida. Se trabaja con las madres en relación al cambio de Musicoterapeuta.

Etapa 3: Evaluación de la primera etapa y derivación.

A continuación (Tablas 5 y 6) se sintetizarán las observaciones del desempeño individual de cada participante en el tratamiento musicoterapéutico en dupla durante el periodo estudiado.

Tabla 5. Desempeño del Sujeto 1 durante el periodo estudiado.

Sujeto 1: MARTIN

Martin se incluye en el dispositivo de la dupla sin dificultad, teniendo en cuenta que el mismo se plantea como un espacio de propuestas con mayor dificultad y mayor demanda atencional, así como también actividades compartidas con delimitación de consignas y turnos.

Logra participar en propuestas lúdicas, corporales y sonoro-musicales, incluyendo a su compañero y a la Musicoterapeuta en las mismas. Se integra respetando consignas y requerimientos de la situación relacional, participa aportando material creativo propio. En cuanto a sus producciones sonoras, logra crear secuencias rítmicas y melódicas haciendo uso de los instrumentos musicales y de su voz. Se observa mayor posibilidad de atención sostenida en juegos reglados.

Ante situaciones conflictivas o de cambio, logra verbalizar sus sensaciones y ponerlas en común con los demás. Acepta propuestas de su compañero y logra llevarlas a cabo, privilegiando la vía de la imitación.

Se sugiere dar continuidad al tratamiento musicoterapéutico en dupla, en articulación con las demás áreas intervinientes, hasta tanto el niño se pueda incluir en algún dispositivo más acorde a su problemática.

Tabla 6. Desempeño del Sujeto 2 durante el periodo estudiado.

Sujeto 2: TOMÁS

En un principio, Tomás se incluye en el dispositivo de dupla presentando cierta dificultad para participar de propuestas compartidas. Requiere de la intervención de la Musicoterapeuta para poder incluirse en las actividades junto con su compañero. Como punto favorable, se observa que Tomás logra verbalizar los motivos por los cuales no desea incluirse espontáneamente.

Con el trascurrir de las sesiones, Tomás comienza a participar activamente, realizando propuestas acordes, que incluyen a su compañero y a la Musicoterapeuta. Logra respetar turnos y roles en el desarrollo de actividades en conjunto. En sus producciones sonoro musicales, privilegia el uso de la voz, jugando con variaciones vocales y tímbricas.

En ocasiones presenta cierta rigidez, que manifiesta a través de su escasa tolerancia frente a situaciones de desacuerdo con su compañero. De todos modos, logra una buena vinculación en general.

Se sugiere dar continuidad al tratamiento musicoterapéutico en dupla, a fin de facilitar el despliegue de recursos propios para su desarrollo integral, y favorecer aspectos comunicacionales, relacionales y de intercambio significativo con los otros.

Análisis de datos

En este apartado se mostrarán y analizarán los datos obtenidos tras la información presentada anteriormente. Los datos serán presentados en relación a los indicadores correspondientes al Eje: *Modos relacionales/discursivos sonoros* (Licastro, 2015).

- *Actuaciones por turno:*

Se observa que Martin logra actuaciones por turnos en el contexto de propuestas tanto lúdicas como sonoro-musicales, a lo largo de todo el proceso.

En cuanto a Tomás, se observa la posibilidad de respetar turnos en propuestas aportadas principalmente por la Musicoterapeuta. En las sesiones 4 y 6, se observa puntualmente la necesidad de intervención de la Musicoterapeuta para lograr la incorporación de su compañero en actuaciones por turno.

- *Imitación-repetición:*

En producciones sonoras conjuntas, se observa que Martin privilegia la imitación de células rítmicas y melódicas de la Musicoterapeuta. En algunas sesiones, Martin repite producciones sonoras trabajadas previamente en el encuadre individual. En la sesión 2, se observa que Martin busca imitar y repetir las formas expresivas de su compañero, a través del uso de material sonoro musical y grafo plástico.

En cuanto a Tomás, no se observa la presencia de imitación-repetición en el plano sonoro. Puntualmente en la sesión 6, se observa que Tomas, al dibujar, intenta copiar la producción gráfica de la Musicoterapeuta.

- *Renovación-variación:*

Al realizar producciones sonoras, se evidencia la posibilidad de Tomas de incluir variaciones tímbricas y de intensidad en el uso de su voz. Esto también puede observarse en el uso de instrumentos musicales y de material grafo plástico.

- *Construcciones discursivas sonoras propias:*

A partir de la sesión 4, se observa que Martin tiene la posibilidad de realizar producciones sonoras propias, en las cuales expresa vocalmente situaciones de su vida personal. A lo largo del proceso, se observan construcciones discursivas sonoras propias, en principio individuales, que luego pueden ser incluidas en producciones compartidas. Sus producciones sonoras suelen caracterizarse por la intensidad alta y la repetición de formas sonoras propias, creadas en sesiones previas.

En cuanto a Tomas, logra construir discursos sonoros propios, principalmente a través del uso de su voz. En ocasiones, incluye diversos objetos sonoros y juguetes de su interés en sus producciones, las cuales se caracterizan por la presencia de alternancias, momentos de espera y actuación.

- *Diálogos sonoros:*

No se ha encontrado registro del desarrollo de diálogos sonoros a lo largo del proceso.

- *Cualidades creativo/recreativas en la configuración de las secuencias interactivas:*

Desde la sesión 1, Martin propone juegos de su autoría que incluyen reglas, material lúdico y música. Participa activamente en los mismos, en los cuales suele incluir a su compañero y a la Musicoterapeuta

Tomas evidencia cualidades creativas con posibilidad de ser incluidas en secuencias de interacción recién a partir de la sesión 6. Previamente, requiere de la intervención de la Musicoterapeuta para poder incluir sus producciones en el marco de secuencias interactivas.

- *Uso de las habilidades madurativas adquiridas con finalidad vincular y comunicacional:*

Desde la sesión 1, Martin hace uso de habilidades madurativas adquiridas con el objetivo de comunicarse con su compañero y con la Musicoterapeuta. Se evidencia la presencia de expresiones por medio del lenguaje verbal, habilidades sociales para la interacción, capacidad de realizar historizaciones pertinentes al encuadre compartido. En la sesión 4, se observa que, en situaciones interpersonales de dificultad, Martin acude a la Musicoterapeuta como mediador ante el conflicto.

A lo largo del proceso, Tomas hace uso del lenguaje verbal para dar cuenta de sus preferencias y pensamientos. Desde la sesión 1, se observa que cuando la situación lo requiere, logra explicar los motivos por los cuales no le gusta la actividad propuesta.

- *Otras observaciones relevantes:*

Las sesiones 3 y 5 no pueden ser llevadas a cabo debido a feriados nacionales. Las mismas no pueden ser reprogramadas debido a la incompatibilidad de horarios entre ambos participantes.

En la sesión 7, frente a la inasistencia de Tomás, se observa que Martin advierte la situación, se pregunta por su compañero y por los motivos de su ausencia. En esta misma sesión, se evidencia una mayor posibilidad de atención sostenida en juegos reglados, así como también la posibilidad de historizar acerca del proceso realizado.

En cuanto a Tomás, en las primeras sesiones se observa dificultad para su inclusión, requiriendo de la intervención de la Musicoterapeuta para participar de actividades compartidas. En varias ocasiones, suele aislarse realizando un juego solitario con objetos de su interés (sesiones 1, 4 y 8). Durante los mismos, requiere del señalamiento de la Musicoterapeuta para compartir el juego con su compañero.

En cuanto a las situaciones observadas por fuera del consultorio, desde la sesión 2, se observa el intercambio significativo entre las madres de ambos participantes, a partir de conversaciones en la sala de espera.

A partir de la sesión 6, se observa que los participantes realizan juegos en la sala de espera, previo al comienzo de la sesión. Durante los mismos, ambos participantes logran intercambiar juguetes y objetos propios.

Al finalizar la sesión 7, la madre de Martín refiere observar mejorías en las conductas del niño. A su vez, informa que iniciará los trámites correspondientes para que el niño pueda retomar su escolaridad.

Discusión

A partir de la descripción del proceso de la dupla y del análisis de los datos recogidos, se presentarán los resultados más significativos.

Como se observa en el apartado anterior, el abordaje musicoterapéutico de ambos participantes, atendidos en dupla, ha permitido abordar sus dificultades vinculares. En el análisis de los Modos relacionales, se observan conductas, manifestaciones y producciones que dan cuenta del trabajo sobre los mismos, principalmente en la posibilidad de ambos participantes para: la Actuación por turnos; la realización de construcciones discursivas sonoras propias; la presencia de cualidades creativo/recreativas en la configuración de las secuencias interactivas; y el uso de las habilidades madurativas adquiridas con finalidad vincular y comunicacional. En las producciones de Martín, se observa principalmente la predominancia de imitación-repetición. En cuanto a Tomás, resulta más significativa su posibilidad de incluir variaciones en su producción vocal principalmente. En el caso estudiado, no se ha registrado el desarrollo de diálogos sonoros.

Es importante tener en cuenta que este tipo de abordaje se ve dificultado ante la necesidad de reprogramar turnos. Las sesiones 3 y 5 no pueden ser llevadas a cabo debido a feriados nacionales y a la imposibilidad de modificar el horario de sesión para que ambos niños pudieran asistir en otro momento.

En relación a los criterios y objetivos para la inclusión de ambos participantes en la dupla, se ha observado que se han podido cumplir inicialmente. Durante el periodo estudiado, se observa que Martín ha logrado cumplir con los objetivos propuestos con más facilidad. En cuanto a Tomás, si bien en las primeras sesiones se observa mayor dificultad para incluirse en dinámicas lúdicas y sonoro-musicales propuestas por su compañero, con el transcurrir de las sesiones se evidencia la posibilidad de participar activamente en las mismas.

De todos modos, debe tomarse en consideración que en el periodo estudiado, las situaciones de intercambio entre los participantes requieren en su mayoría de la intervención de la Musicoterapeuta para llevarse a cabo, aunque esto no impide su posibilidad de vincularse, interactuar y proponer escenas lúdicas.

A pesar de que en los objetivos de esta investigación no se encontraba el análisis de las situaciones sucedidas por fuera de la sesión, se han encontrado registros que dan cuenta de cambios interesantes en el contexto de la sala de espera. Se ha evidenciado que tanto las madres como los niños han establecido una relación de intercambio significativa y espontánea en espacios compartidos por fuera de la sesión de Musicoterapia, lo cual favoreció el proceso terapéutico realizado.

Entre las principales conclusiones, cabe destacar que el caso seleccionado ha sido de gran aporte para el análisis y desarrollo del trabajo. A partir del estudio del primer periodo de abordaje musicoterapéutico de la dupla, se han podido cumplir los objetivos de la investigación: Se ha desarrollado el proceso musicoterapéutico de una dupla

conformada por dos niños con dificultades en el lazo social, y se han identificado los efectos iniciales de este abordaje a través del análisis de los modos relacionales observables en el despliegue expresivo de cada niño.

En cuanto a la hipótesis planteada, es posible afirmar que, *en el caso estudiado*, el abordaje musicoterapéutico favoreció aspectos vinculares de ambos niños, atendidos en dupla, en el marco de los dispositivos existentes en la actualidad en Consultorios Externos del Servicio de Salud Mental del HGNPE.

A partir del trabajo con el caso seleccionado, se podría dar cuenta de la potencialidad del dispositivo de dupla como situación clínica que promueve la posibilidad de producciones compartidas y de encuentro entre niños con dificultades vinculares. En este caso, también se ha observado que esta dinámica puede favorecer el reconocimiento recíproco de los participantes como miembros de un mismo espacio relacional. Cada niño pudo desplegar sus propios recursos expresivos, construir escenas lúdicas y sonoro-musicales, así como también pautas de interacción y comunicación, leídas a partir de la presencia significativa de Modos relacionales. Como dato de relevancia, se destaca la generación de intercambios significativos entre madres y niños por fuera del espacio de sesión, lo cual significó un punto favorable en el proceso llevado a cabo.

A partir de los resultados hallados en este estudio, se podría considerar que el abordaje musicoterapéutico en duplas podría ser un aporte clínico de relevancia en el tratamiento de aquellos niños con dificultades en el lazo social, que asisten al Servicio de Salud Mental del HGNPE.

En cuanto a lo personal, han surgido preguntas en el marco de la realización de este trabajo, algunas de las cuales podrían ser puntos de inicio para futuras investigaciones o proyectos en este Hospital. En cuanto al desempeño como profesional

de la salud mental en el área de la clínica con niños, considero que este trabajo ha significado un gran aporte en mi formación, poniendo a trabajar la reflexión acerca de las intervenciones y las incumbencias del musicoterapeuta en este ámbito.

Recomendaciones

Es importante tener en cuenta que en los estudios cualitativos como el presente trabajo, no es posible realizar una generalización a partir del caso estudiado. En esta investigación, se ha tomado una dupla particular en el marco de los dispositivos de Consultorios Externos del Servicio de Salud Mental del Hospital de Niños Pedro de Elizalde, y se ha realizado la descripción de su conformación y del desarrollo de un período limitado (Febrero a Junio de 2014). Por lo tanto, sería recomendable retomar esta propuesta a la luz de nuevos casos clínicos, teniendo en cuenta su posible adaptación a las características de cada dupla en particular.

Si bien los resultados de esta investigación podrían ser útiles para ampliar las intervenciones del musicoterapeuta frente a las necesidades particulares de la población en cuestión, se sugiere la realización de futuros estudios en los cuales poder aumentar la evidencia en relación a la eficacia de este tipo de abordaje. A su vez, se propone tener en consideración el diseño de herramientas para la formalización de los criterios de inclusión y evaluación de este dispositivo.

Referencias

- Aldridge, D. (Ed.). (2005). *Case Study Designs in Music Therapy*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Banfi, C. (2015). *Musicoterapia. Acciones de un pensar estético*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Barbín, J. & Paladino, P. (2014). *Clínica en Musicoterapia. La potencia de lo colectivo en la construcción subjetiva de niños con TGD*. Material de lectura brindado en el marco de las

- rotaciones externas de la Residencia de Musicoterapia en el Hospital Infante Juvenil Dra. C. Tobar García. GCBA.
- Basso, M. (2016). *Algunas características del programa de terapia asistida con animales (TACA). Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde*. Material de lectura. Buenos Aires.
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Bruscia, K. (1991). *Case studies in Music Therapy*. EEUU: Barcelona Publishers.
- Flores, D. Mammalucco, D. & Pérez, J. (2005). *Consideraciones para efectuar la derivación de pacientes al abordaje grupal musicoterapéutico. Pacientes derivados a tratamiento grupal en la Sección de Musicoterapia del Hospital Infante Juvenil "Dra. Carolina Tobar García" con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo en una franja etaria de 4 a 7 años*. Tesis de Licenciatura en Musicoterapia. Universidad del Salvador. Buenos Aires.
- Gauna, G. Giacobone, A. & Licastro, L. (2015). *Musicoterapia en la infancia. Tomo I*. Buenos Aires: Ed. Diseño.
- Gauna, G. Giacobone, A. Licastro, L. & Perea, X. (2009). *Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez*. Buenos Aires: Ed. Koyatun.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2000). *Ley Nro. 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires*.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2012). *Programa Local de Residencia de Musicoterapia*. Hospital General de Niños Dr. Pedro Elizalde.
- González, M. (2003). *Abordaje grupal en musicoterapia*. Monografía. Concurrencia Hospital Infante Juvenil C. Tobar García. GCBA.
- Knox, M. Rodríguez, J. & Uzal, P. (2014). *Los comienzos de una nueva residencia*. Trabajo libre presentado en las XXI Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana. Buenos Aires.
- Martínez Carazo, P. (2006). *El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica*. Revista Pensamiento & Gestión, Núm. 20, Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.

- Pellizzari, P. & Rodriguez, R. (2005). *Salud, escucha, creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial*. Buenos Aires: Ed. Universidad del Salvador.
- Pierini, M. (2012). *Musicoterapia en un hospital Intantojuvenil*. Buenos Aires: Ed. Universidad del Salvador.
- Sarubbi, S. (2011). *Asistencia integral personalizada interdisciplinaria en Salud Mental en un hospital pediátrico*. Trabajo presentado en I Jornada Interinstitucional, Hospital Garrahan. Buenos Aires.
- Uzal, P. (2015). *La construcción del rol del musicoterapeuta en el equipo de Salud Mental del hospital pediátrico Dr. Pedro Elizalde*. Trabajo de investigación. Residencia de Musicoterapia. Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Buenos Aires.
- Voyer, L. (2012). *Disertación con motivo de presentar la Segunda Edición de Criterios de Diagnóstico y Tratamiento. Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde*. Buenos Aires: Ed. Journal.

Estudio de caso

Terapia Vibroacústica, visualizaciones guiadas y desapego emocional. Un estudio de caso.

Jorge Manuel Zain

Universidad de Buenos Aires

Centro de Musicoterapia Vibroacústica

jorgezain@gmail.com

Resumen

En el presente artículo se describe un proceso terapéutico en el cual se utilizan técnicas de imaginación guiada combinadas con terapia vibroacústica, en una mujer emprendedora de 54 años que ya ha tenido un tratamiento similar en el año 2015. Ella está pasando por una crisis emocional ligada a su dificultad de establecer una relación con un hombre y siente que nuevamente este abordaje puede ayudarla a atravesar esta crisis y concentrarse en su emprendimiento laboral. A través de esta combinación de imaginación guiada y terapia vibroacústica se facilita la percepción de las sensaciones corporales y la toma de distancia de los conflictos emocionales para poder resolverlos con calma y serenidad. Este abordaje la ayuda a relajarse profundamente, a regular sus emociones, su nivel de ansiedad y a concentrarse en su trabajo en medio de un proceso que ella vive como difícil, al encontrar en éste mecanismos que se repiten en su historia. Se enfatiza la presencia terapéutica como un factor imprescindible que favorece el vínculo terapéutico, vivencias de seguridad y contención y una mayor apertura hacia las situaciones que le toca atravesar.

Palabras clave

Terapia vibroacústica; musicoterapia receptiva; visualización guiada; desapego emocional; presencia terapéutica, improvisación musical ansiolítica

Abstract

The present paper describes a therapeutic process in which guided imagery techniques with vibroacoustic therapy have been used in a client who is undergoing an emotional crisis linked to her difficulty to establish a long-lasting relationship with a man. Mónica is a 54 years old business woman who already did a vibroacoustic therapy process, and she feels again that this therapeutic approach can help her to endure this crisis and focus on her job. This combination of guided imagery and vibroacoustic therapy enables the perception of bodily sensations and the detachment from emotional conflicts in order to solve them with calmness and serenity. This approach helps her to relax deeply, regulate her emotions and level of anxiety and focus on her job in the midst of a process which she finds tough since she sees mechanisms which repeat themselves in her story. Therapeutic presence is emphasised as a core factor that favours the therapeutic bond, feelings of safety and support and a greater openness towards the situations she has to go through.

Key words

Vibroacoustic therapy, receptive music therapy, guided visualisation, emotional detachment, therapeutic presence, anxiolytic music improvisation



ECOS, Revista Científica de la Asociación Argentina de Musicoterapia. ISSN 2545-

8639

<http://asamdifusion.wixsite.com/musicoterapia/ecos->

ECOS es una publicación de ASAM (www.musicoterapia.org.ar)

Recibido: 10/9/2017 Aceptado: 3/11/2017

Introducción: presentación del caso y del contexto.

En el presente trabajo se presenta un tratamiento de terapia vibroacústica (VAT) como una forma de acompañar a una mujer de negocios de 54 años de edad que está pasando por un proceso de separación de un hombre que ama.

Mónica ya había tenido una buena experiencia de VAT durante el año 2015. Ella vino originalmente a terapia por una sensación de dolor, adormecimiento y picazón constante en el brazo derecho y también en su mano. A su vez, tenía dificultades en establecer una relación de pareja con los hombres, algo que ella asociaba con un abuso sexual que vivió cuando era bebe.

Durante su primer tratamiento de VAT que duró 6 meses, dejó por completo de tener la sensación de dolor en el brazo y la mano, pudo ordenar su vida social y en un punto también su vida familiar, al haber encontrado el coraje de hablar del abuso con su madre y con cada integrante de su

núcleo primario, incluido su hermano, quien abusaba de ella. También pudo comenzar su propio emprendimiento laboral.

Luego de más de un año, decide volver a terapia en febrero de 2017, por un fuerte dolor que va desde su cuello, pasando por el trapecio y todo su brazo izquierdo. Manifiesta que acaba de vivir un sueño con un hombre que había conocido hace pocos meses, que lo ama como nunca antes había amado a un hombre, pero que desde que regresaron de sus vacaciones él perdió interés en verla y llamarla. Si bien su proyecto laboral está empezando a dar sus frutos, le cuesta concentrarse porque siente una mezcla de enojo, bronca y desesperación por el estado en el que están sus relaciones afectivas. Sabe muy bien que tiene que ponerle energía a su proyecto laboral, pero no puede desapegarse de lo que le está pasando, como una historia con los hombres que se repite.

Se acuerda emprender un tratamiento de 12 sesiones de VAT a realizar con una frecuencia de un encuentro a la semana en el consultorio privado del

terapeuta. Este tratamiento vibroacústico combinado con imaginación guiada la ayudaría a reducir sus síntomas físicos, a atravesar con calma la situación afectiva que está viviendo y a concentrarse en su emprendimiento laboral. continuar.

Definición de conceptos y abordaje utilizado

La terapia vibroacústica es entendida como un método de musicoterapia receptiva que utiliza sonidos sinusoidales de baja frecuencia y con sonoridad batiente en una camilla o silla especialmente diseñada, combinados con audición musical y con propósitos terapéuticos (Grocke & Wigram, 2007; Skille & Wigram, 1995; Wigram Pedersen, Bonde, 2002,). En esta modalidad de tratamiento se pueden abordar apunta problemas emocionales, cognitivos y sociales, al hacer conscientes las sensaciones corporales (Ala-Ruona & Punkanen, 2007).

En la terapia vibroacústica, la música puede cumplir un rol de entretener, facilitar la relajación, o también puede activar (Ala-Ruona & Punkanen, 2011).

Comúnmente se utiliza música editada seleccionada por el musicoterapeuta. En el presente caso la música es ejecutada en vivo por el terapeuta en una modalidad denominada por el autor *Improvisación Musical Ansiolítica (AMI)*. Ya se ha definido a la música ansiolítica como una música sin una estructura rítmica marcada, con un tempo lento y sin melodías que puedan tararearse (Zain, 2014). La ejecución en vivo de instrumentos musicales durante la sesión de vibroacústica puede vehicular un contacto humano, una cercanía e interacción silenciosa con el consultante que es muy valiosa, siempre y cuando se realice en un estado de presencia terapéutica, donde prevalece el cuidado y el respeto, la escucha del otro y donde los ritmos de ambos, terapeuta y consultante, se orientan hacia la sincronización. Esta sincronización de dos procesos rítmicos independientes que interactúan el uno con el otro de forma tal que entran en fase se denomina entrainment. Para que esta sincronización o entrada en fase suceda, deben existir al menos dos o más procesos rítmicos autónomos. A su vez debe haber

una interacción entre ambos. Esto requiere de una proximidad inicial o similaridad en ambos procesos rítmicos (Clayton, Sager & Will, 2004).

La presencia terapéutica, entendida desde la teoría polivagal, puede desencadenar un estado neurofisiológico tanto en el consultante como en el terapeuta, donde ambos perciben y experimentan sensaciones de seguridad. La teoría polivagal propone que ese estado de seguridad es mediado por la neurocepción, un proceso neural que no ocurre en un plano consciente, y que constantemente evalúa el riesgo en el ambiente, desencadenando respuestas fisiológicas adaptativas que responden a características (features) de seguridad, peligro o amenaza (Porges & Geller, 2014). Existe una comunicación bi-direccional entre el sistema nervioso central y el cuerpo de una persona, y también una comunicación bi-direccional entre los sistemas nerviosos de las personas que constituyen nuestro

ambiente social (Cozolino, 2006; Porges, 2011; Siegel, 2007, 2010). El proceso de evaluación automática y subconsciente del riesgo en el ambiente se denomina neurocepción (Porges, 2003, 2007). Cuando son detectadas situaciones de seguridad, las reacciones autonómicas promueven la apertura y la receptividad hacia los otros. Para que pueda establecerse un *attunement*³ entre terapeuta y cliente, es necesario que se establezca una neurocepción de seguridad. Activando un sentido de seguridad estando presentes con y para el consultante, los mecanismos de defensa del mismo pueden disminuir y promover el desarrollo positivo y el cambio (Allison & Rossouw, 2013; Grawe, 2007; Porges, 2011; Siegel, 2010).

En los encuentros con Mónica la AMI es realizada con cuencos tibetanos en diversos tonos, un set de 8 campanas tubulares medianas, un gong chao de 36 pulgadas, un samafón y dos koshi. La

³ Este término podría traducirse como “afinación” o “sintonía”, pero va más allá. Implica un contacto empático de tal magnitud que podría

remitir a la conexión que tienen algunas madres con sus bebés.

ejecución en vivo de estos instrumentos es realizada en la fase de tratamiento, en combinación con las frecuencias batientes y sinusoidales que salen del colchón vibroacústico.

Para facilitar la concentración, durante los primeros minutos del tratamiento se complementa la experiencia vibratoria con imaginería verbal guiada, visualización de colores y formas sencillas, así como la atención consciente de las sensaciones vibratorias en el cuerpo, pidiendo a Mónica que lleve su atención a las zonas donde va percibiendo la vibración.

Instrumentos

En la terapia vibroacústica se utilizan diferentes tipos de dispositivos vibroacústicos, electrónicos y no electrónicos (por ejemplo cuencos vibroacústicos). El dispositivo utilizado en el presente caso clínico es un colchón vibroacústico procedente de Noruega denominado *Multivib Mattress*, de la marca

Multivib, controlado con el software finlandés *Viblab*, que puede modificar los parámetros del sonido tales como la frecuencia, en un rango de 20 a 120 Hz, la frecuencia de batido y el scanning. Este último parámetro varía la frecuencia del sonido en un rango específico, permitiendo al terapeuta de encontrar la frecuencia ideal para generar resonancia con alguna zona específica del cuerpo⁴. Una de las hipótesis de trabajo vigentes en la actualidad es que cada vez que un músculo resuena con el estímulo sonoro, se profundiza la relajación de ese músculo (Ala-Ruona & Punkanen, 2011).

El proceso terapéutico descrito en el presente artículo es de doce sesiones llevadas a cabo a lo largo de tres meses, con una frecuencia de un encuentro semanal.

La estructura básica de cada sesión consiste en una conversación inicial de diez minutos de duración. Durante esta conversación se abordan las problemáticas principales del cotidiano de la consultante,

⁴ Por ejemplo un scanning de 1 Hz por segundo en la frecuencia 68 Hz, indica que la señal va a realizar en un segundo, un barrido entre 67 y 69 Hz. De este modo, si en la mayoría de las personas la frecuencia 68 Hz es percibida en los

hombros, como todos tenemos distintas dimensiones fisiológicas, en algún momento de ese barrido aumentan las probabilidades de que esa señal genere en los hombros vibración por simpatía.

y dan el clima para el tratamiento vibroacústico, de veinte a treinta minutos de duración. En la fase de tratamiento se combinan secuencias de frecuencias de entre 20 y 100 Hz emitidas a través del software mencionado. Se utilizan también cuencos sonoros vibroacústicos para generar a través del desplazamiento del instrumento sobre el cuerpo la sensación de direccionalidad del sonido, y a su vez para favorecer la percepción del cuerpo en la zona específica de vibración. La direccionalidad es un parámetro que posibilita que el sonido se “mueva” en alguna dirección del cuerpo, de los pies hacia la cabeza o al revés. Basado en reportes anecdóticos, modificar la dirección del sonido puede ser benéfico en el tratamiento de síntomas de estrés y tensión muscular (Ala-Ruona & Punkanen, 2011).

Los cuencos sonoros vibroacústicos son aquellos cuya frecuencia más grave está ubicada dentro del rango vibroacústico, hasta 120 Hz. Estos se colocan sobre el cuerpo del cliente (Zain, 2014). En el presente caso se ha utilizado un cuenco

vibroacústico de 100 Hz y que tiene una manija integrada, para facilitar el desplazamiento del mismo vibrando sobre el cuerpo y así favorecer el registro corporal.

Luego de la fase de tratamiento se establece una breve discusión donde se integran las sensaciones, emociones, imágenes, memorias y pensamientos experimentadas por la consultante.

La documentación es realizada en cada encuentro a través de notas personales y también con escalas análogas visuales (VAS, por sus siglas en inglés), para evaluar antes y después de la fase de tratamiento su estado general, su vitalidad, su humor, su nivel de relajación, nivel de dolor y su calidad de sueño. Además de las VAS, en cada sesión se colectó la data cualitativa que se describe a continuación.

Descripción del proceso

Mónica ya realizó un proceso de seis meses de terapia vibroacústica en el año 2015. Luego de más de un año retoma su tratamiento por un motivo de consulta similar al anterior: sensación de tensión constante en el trapecio izquierdo, que baja

hasta el brazo donde se intensifica con una fuerte sensación de quemazón.

Durante la conversación previa al inicio de la fase de tratamiento ella manifiesta que el dolor que había sentido en el brazo, dos años atrás, pudo sanar gracias al haber podido hablar con su madre del abuso que padeció cuando era bebe, y que ahora que vuelve a sentir un dolor similar piensa que la terapia vibroacústica podría ayudarla nuevamente.

En este primer encuentro la elección de frecuencias apunta al síntoma específico que ella trae, es decir frecuencias por encima de los 60 Hz, que resuenan en zonas altas de su cuerpo, cuyas cavidades son más bien pequeñas. Se utiliza una secuencia de frecuencias en orden ascendente desde el rango de 40 a 100 Hz, pasando por 40, 42, 50, 61, 78, 85 y 100 Hz, con períodos de dos minutos entre cada frecuencia y una frecuencia de batido de 6,8 segundos entre cada pico.

Si bien ella refiere sentir su brazo y cuello más presente al haber percibido claramente la vibración en esas zonas específicas, lo que más le llama la atención

son las imágenes que aparecen durante la sesión, que consisten en sus oficinas funcionando plenamente, con mucha gente trabajando. Como una visión a futuro de su emprendimiento en una fase de floración. Mónica enfatiza su necesidad de priorizar su esfuerzo en su emprendimiento laboral que ya lleva dos años.

En el segundo encuentro Mónica manifiesta que hay dos cosas que ella quiere encaminar, y por su experiencia previa con la VAT piensa que retomar el tratamiento la podría ayudar. En primer lugar, se siente desenfocada, necesita ganar más dinero, tiene todo para hacerlo pero la falta de foco se lo está impidiendo. En segundo lugar, se siente muy confundida por el giro que ha tomado su relación con Fernando, un hombre que conoció unos meses atrás. Según refiere Mónica, han pasado del entendimiento profundo, amor puro y complicidad al total desencuentro desde que regresaron de unas semanas de vacaciones en la playa. Él ya no le responde los mensajes de whatsapp con la rapidez que lo hacía antes, y ella se queda pendiente de su respuesta, con un nivel de

ansiedad cada vez más destructivo. Ella es consciente de su necesidad de desengancharse de este mecanismo que reconoce como adictivo, pero no lo está logrando.

El terapeuta acuerda con la consultante trabajar sobre estos objetivos:

- Contactar con sus propias metas y objetivos;
- Favorecer la concentración en su proyecto laboral;
- Incrementar la consciencia de su cuerpo y de sus emociones;
- Entrenar estrategias de desapego emocional (a través de desarrollar la consciencia interoceptiva).

A partir de este segundo encuentro el terapeuta comienza a seleccionar secuencias de frecuencias en un rango de entre 30 a 50 Hz, que tienen una tendencia a resonar en la parte baja del cuerpo, desde el abdomen hacia las piernas, favoreciendo estados de relajación profunda (Grocke & Wigam, 2007). A su vez, se utiliza una frecuencia de batido lenta, que favorece la relajación (Ala-Ruona & Punkanen, 2011). En este y los siguientes tres encuentros se

utilizan secuencias de frecuencias en orden decreciente en el rango grave, empezando con 4 minutos en 40 Hz, pasando por 34, 31, 29 y 27 Hz, 3 minutos por cada una, y con una frecuencia de batido de 6,8 segundos y un scanning de 0,5 Hz por segundo. La secuencia finaliza con 4 minutos en 40 Hz.

Se utilizan además consignas verbales que le ayuden a tomar distancia y desapegarse de las situaciones estresantes, para que pueda procesarlas con mayor tranquilidad. Así, mientras percibe las primeras vibraciones, se le propone realizar una visualización guiada que consiste en contemplarse a sí misma como si estuviese a un metro y medio por detrás de su propio cuerpo, como una manera de sentir su cuerpo con desapego. Es una forma meditativa de contemplar su propia imagen con distancia emocional. En la tradición budista, el objetivo de las prácticas de meditación, que son tomadas en las prácticas contemporáneas de *mindfulness*, es producir cierto desapego emocional de las experiencias y, de esta manera, regular los procesos emocionales (Sobolewski et al., 2011). Las emociones negativas pueden ser

experimentadas como fluctuaciones en las sensaciones del estado corporal y no tanto como estados mentales afectivos que reflejan lo que es bueno o malo para el self. El entrenamiento en *mindfulness* puede reducir el comportamiento reactivo crónico de las personas, desviando la atención de las evaluaciones subjetivas del afecto, para incorporar representaciones de las emociones mayormente basadas en lo sensorial (Craig, 2002; Farb et al., 2010).

Mónica alcanza un nivel muy alto de relajación (ver Resultados) y refiere querer permanecer de ese modo todo el día.

En el cuarto encuentro, la consultante trae a sesión la noticia de que su pareja la abandona, que se va en medio de una discusión enojado y no vuelve a tener novedades de él. A partir de esta situación ella empieza a dormir mal, tiene diarrea, está cada vez más pendiente del whatsapp y del perfil de Fernando en las redes sociales (por ejemplo, empieza a tener pensamientos recurrentes que no puede soltar, relacionados con el malestar que le genera que él haya modificado su foto de perfil en Facebook). Su sensación de

falta de vitalidad se vuelve importante, y al mismo tiempo se da cuenta de su necesidad de soltar su actitud de apego hacia este hombre, equilibrarse y centrarse para poder focalizarse en su proyecto.

Se trabaja combinando la selección de frecuencias con una visualización guiada que consiste en dividir al cuerpo en nueve segmentos, y asignarle a cada uno un número: 1 – pierna derecha; 2 – Pierna izquierda; 3 – brazo derecho; 4 – brazo izquierdo; 5 - sacro y zona lumbar; 6 – zona dorsal de la espalda; 7 – abdomen; 8 – pecho y garganta; 9 – cabeza. A medida que el terapeuta nombra un segmento, la consultante debe visualizarlo y/o sentirlo, y soltar su peso en cada exhalación, hasta que las vibraciones en el cuerpo van actuando sobre su sistema nervioso y en algún momento la persona se entrega por completo al estado de relajación profunda.

Luego de realizar el tratamiento vibroacústico, Mónica refiere haber experimentado imágenes de personas que van y vienen a la distancia. Ve a su pareja caminar de joven detrás de un vidrio, abrazando a una mujer. Mientras tiene esta

visión, se siente en flotación, dando vueltas en un espacio vacío. El terapeuta le pregunta qué siente ante esta imagen. Ella responde que está desconcertada por ver a su pareja con otra mujer y, al mismo tiempo, no siente celos ni cualquier otra emoción. Luego reflexiona y dice que Fernando tiene una historia antigua con otra mujer que no puede soltar y que eso es un tema de él. Mónica también reconoce que existe un mecanismo en ella que consiste en agarrarse de las cosas. Refiere que esto sí es propio y necesita trabajarlo.

Se utilizan técnicas complementarias que apuntan al desarrollo de la consciencia corporal, la consciencia interoceptiva y al registro interno. Éstas consisten en regular la actividad emocional aprendiendo a poner el foco en las sensaciones corporales internas y en observarse a uno mismo en forma desapegada. En un abordaje vibroacústico, el paciente puede ser entrenado en percibir los cambios que las emociones generan en el cuerpo, dentro de una experiencia musical receptiva. La vibración funciona como facilitadora de cambios en las

sensaciones corporales y también como una forma de ubicarlas. Esta escucha somática, es una escucha sensible del cuerpo, y puede favorecer la transformación consciente de las sensaciones del estado corporal (Zain, 2014). Según refiere Punkanen (2004), tomar consciencia del estímulo sensorial en curso es un enlace primario al aquí y ahora, y también un enlace directo a nuestras emociones.

En el séptimo encuentro, Mónica trae a sesión que estuvo en un viaje de negocios en Chile y que durante el mismo pudo focalizar en su trabajo de manera excepcional. También refiere que siente un dolor que va del trapecio al hombro izquierdo. Ella asocia este dolor al encuentro que está a punto de tener con Fernando, luego de más de un mes de haber desaparecido. Manifiesta que tiene un objetivo muy firme de cuidarse y mantenerse en eje durante esa reunión para que esta situación que tiene que atravesar no la haga perder todo lo que está logrando en su trabajo.

Con el fin de generar resonancia simpática en las zonas más altas de su

cuerpo, que es donde siente la tensión, se selecciona una secuencia de frecuencias en forma ascendente en el rango 40 a 100 Hz, pasando cada dos minutos por 40, 42, 46, 50, 61, 70, 78, 86 y 100 Hz con una frecuencia de batido de 6.8 segundos, y además un scanning de 0,2 Hz por segundo. Al finalizar esta secuencia, se regresa a los 40 Hz donde permanece cuatro minutos. Según refieren Grocke y Wigram (2007), las frecuencias que están en un rango más alto, entre 40 y 70 Hz, pueden ser percibidas en muchas personas en la zona del pecho y la cabeza.

Se complementa además la experiencia vibratoria con una visualización de una línea blanca vertical sobre un fondo negro, y la consigna que se le da es que intente mantener esta imagen el tiempo que pueda, hasta que naturalmente la mente entre en estado de reposo. Se utilizan cuencos en rango grave mientras suenan las frecuencias más bajas (40 a 60 Hz), y sonidos de cuencos agudos y pines en las frecuencias más altas (70 a 100 Hz.).

Mónica logra mantener la imagen durante el 90 % de la sesión, y en algún momento por su propia voluntad la suelta,

se entrega al descanso y se duerme. Según ella refiere, le llama mucho la atención que la imagen pasa de ser una línea blanca en un telón de fondo como de un teatro, a una experiencia más cósmica, donde el fondo negro es el universo mismo y la luminosidad de esa línea comienza a expandirse dándole la sensación de energía pura. Según la consultante manifiesta, es una experiencia de muchísimo foco. Los sonidos agudos de los cuencos y los pines la ayudan a concentrarse, y al volver a sentir los graves en el cuerpo (cuando se regresa a los 40 Hz.), siente esto como un momento muy integrador, donde percibe su cuerpo en estado levitativo. Según refiere Olav Skille (en Ala-Ruona, Punkanen, Campbell, 2015), desde su experiencia clínica, 40 Hz es una frecuencia básica que facilita el balance, el orden y el optimismo dentro del cuerpo.

Durante el transcurso de la semana seguida a este encuentro, Mónica puede mantener muy bien el foco en su trabajo, y en la conversación previa al tratamiento en la sesión siguiente ella cuenta que, en sus tiempos libres, cuando termina de trabajar, afloran las emociones y especialmente el

enojo. Todavía no ha podido concretar un encuentro con Fernando. Si bien el dolor en los hombros se le fue por completo, por la noche no está pudiendo descansar. Piensa en él, en cómo le gustaría poder escucharlo y responderle sin que brote el enojo.

Ya recostada en la camilla, el terapeuta le da la consigna de darle lugar al enojo, y que observe en qué partes de su cuerpo se aloja. Ella dice que está en el gemelo de la pierna izquierda y también en el brazo izquierdo. Con un cuenco vibroacústico con manija de 100 Hz, el terapeuta traza una línea desde su gemelo izquierdo hasta su hombro. Nuevamente se trabaja con la consigna de observar su cuerpo a un metro y medio de distancia, mientras continúa trazando una línea en forma ascendente, del lado izquierdo y luego del derecho. El terapeuta selecciona una secuencia de frecuencias de 40, 31, 42, 40 y 35 Hz. Cuatro minutos cada una, con una frecuencia de batido de 6,8 segundos y un scanning de 0,5 Hz por segundo, acompañando a esta secuencia con una AMI de sonidos suaves de campanas tubulares y samafón. A esta altura de su proceso,

Mónica ya tiene de alguna forma integrada una situación de confianza y de seguridad, tanto hacia el terapeuta como hacia el abordaje. Trabajar con un rango cercano a 40 Hz brinda la seguridad y el sostén para abordar problemáticas difíciles en terapia. Este rango de frecuencias ya ha sido utilizado en el tratamiento de situaciones traumáticas como anclaje, un sitio de protección y seguridad que puede ayudar al cliente a tranquilizarse y a relajarse mientras se elaboran temas delicados (Punkanen, 2004).

Mónica refiere en la conversación final que, si bien le costó bastante concentrarse, el separarse del enojo le sirvió para descansar, y que al finalizar el tratamiento le vinieron pensamientos de Fernando, aunque esta vez sin enojo.

Al día siguiente de esta sesión, finalmente Mónica y Fernando se encuentran y conversan. Esto es lo que trae a terapia en el encuentro siguiente (Sesión 9):

“En la reunión estuve emocionalmente muy bien. Me ayudó mucho venir a vibroacústica. Me ayudó a estar calma. Pude separar mi

enojo. Estoy usando la técnica de separarme un metro de mis emociones y eso le da descanso a mi cuerpo. Esto me ayudó a estar más limpia. Me sentí serena, me sentí mujer, segura de mí misma, pudiendo tomar distancia, ser consciente y aceptar una situación. Pude medirme”.

En este encuentro, se utiliza nuevamente la misma secuencia de frecuencias que la vez anterior, con la misma imagen de observar el cuerpo un metro y medio adelante, aunque para incrementar las sensaciones corporales el terapeuta incorpora el cuenco vibroacústico con manija de 100 Hz sobre las vísceras sub-diafragmáticas y abdomen, que son las zonas que Mónica manifiesta tener tensas en la discusión inicial. Desde la teoría polivagal, cuando los circuitos vagales no mielinizados (y filogenéticamente más antiguos) no están activos funcionando como un sistema de defensa, tienen un rol fundamental en el mantenimiento de la salud, el crecimiento y la restauración, a través de la regulación neural de estos órganos sub-diafragmáticos (Porges & Geller, 2014).

La consultante logra relajarse profundamente, a tal punto que, al finalizar el tratamiento, no puede emitir sonido alguno. El terapeuta acompaña Acompaño su estado sin demandar nada.

En la sesión 11, Mónica viene angustiada. Manifiesta haber dormido poco al estar obsesionada con Fernando. Dice tener un impulso incontrolable. Abre regularmente su Facebook, entra a su whatsapp para verificar si está conectado. No se han separado oficialmente porque según ella refiere, no se entienden en las ideas, pero visceralmente están hechos el uno para el otro. A su vez cuenta que está tapada de presiones en el trabajo, con problemas con la empleada nueva, preocupada porque el dinero no está entrando y está gastando todos sus ahorros, y que se ve a sí misma con un alto nivel de acelere. No puede soltar a Fernando, y se avergüenza por ello porque no se reconoce a sí misma.

El terapeuta propone observar su cuerpo y en qué lugares se aloja su tensión. Señala nuevamente la zona de las vísceras sub-diafragmáticas. Durante el tratamiento

se utiliza la misma secuencia que en las sesiones anteriores, con el cuenco con manija de 100 Hz ubicado principalmente en su zona de tensión. Luego del tratamiento ella dice:

“Donde estaba el cuenco vibrando sentí muy claramente el órgano debajo (N del A.: Hígado). Estaba contraído. El contacto y las vibraciones ayudaron a aflojarlo (...). Al despertarme vino Fernando a mi consciencia. Tengo ganas de tenerlo adelante y hablarle desde el corazón. Poder decirle qué siento, qué necesito y qué deseo. Estoy cansada de mantener una postura que no me pertenece. Hoy mismo voy a pedirle mis cosas. Ya es hora de hacerlo. Es momento de pasar a otra cosa”.

Al día siguiente de esta sesión Mónica escribe una carta a Fernando y finalmente termina su relación con él. Esa semana duerme bien y en la sesión 12 dice:

“Puedo focalizar más la energía al haber terminado con F. No le doy lugar a las cosas que antes me angustiaban. Me sigue doliendo y reconozco que hay algo que yo hago cuando estoy bien en pareja. Soy yo quien boicotea la situación y doy el inicio

para que la relación se sature. Antes de que regresemos de nuestras vacaciones en la playa, yo comencé a buscar roña y a cargar la pareja con mecanismos míos. Le demandaba o exigía ciertos comportamientos superficiales, cargaba la relación de estructuras que no tenían por qué existir en nuestra pareja. No le dejaba pasar una. El me llamó la atención de que yo me estaba volviendo cada vez más dura. Yo siento que me estoy ablandando con la edad, pero esas durezas salen de un modelo aprendido. Mi madre era durísima. Ese músculo lo ejercité toda mi vida y responde a miedos. Me vuelvo dura cuando hay algo que me duele. Evito llegar a la médula y las cosas dejan de fluir. Con mi empleada me pasa lo mismo, tengo paciencia, pero en algún momento me vuelvo demasiado rígida. Esto lo tengo identificado pero mi impulso va más allá. Es algo muy antiguo. Siempre que estoy bien, la mente me dice “no te la creas que esto se acaba”, en vez de disfrutar del momento. Es un patrón que se repite. Lo que me aterra es el abandono, el confiar y que te traicionen. Lo tengo tan fresco el abandono, es como si tuviera

miedo a ser agredida, como cuando era bebe”.

Con la misma secuencia de frecuencias que las últimas sesiones, y con el cuenco vibroacústico con manija, el terapeuta da la consigna de tener en mente situaciones vividas en las que ella pudo confiar, e ir soltando las partes del cuerpo por las que iba pasando el cuenco. Mónica alcanza un estado de mucha relajación, y lo refiere de ésta forma:

“Sentí mucha paz, mucha confianza y siento que el cuerpo es un accidente, cuando soy pura energía no hay nada que temer, puedo estar en cualquier lugar y todo alrededor fluye. Soy pura luz dorada y contagio. Recordé que cuando estoy así las cosas a mi alrededor suceden solas y siempre bien. Esta es la sensación que quisiera recordar siempre. A veces en el día a día la olvido”.

Análisis de los datos.

Durante todo el proceso terapéutico de Mónica, se utilizaron las Escalas Análogas Visuales (VAS). Estas permiten evaluar antes y después del

tratamiento, de una forma muy sencilla, la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos, como su estado general, su vitalidad, su humor, su nivel de relajación, nivel de dolor y su calidad de sueño. Así, la **escala visual** análoga para el nivel de relajación es una línea recta horizontal de 10 cm, sobre la cual se pide al paciente que coloque una cruz al nivel que él cree que está de relajado. El extremo izquierdo significa tensión y el derecho significa relajación. Esta evaluación se realiza dos veces. Una antes del tratamiento (pre-evaluación) y otra después del tratamiento (pos-evaluación). Si la cruz es colocada en la pre-evaluación a 2 cm del extremo izquierdo, su nivel de relajación es del 20 % y si, en la pos-evaluación ubica la cruz a 5,5 cm de ese mismo extremo, significa que su nivel de relajación se ha incrementado un 35 % luego del tratamiento.

Las otras variables que se han analizado son:

Su estado general (general arousal en inglés): de total inquietud o ansiedad (izquierda) a calma total (derecha).

Su nivel de relajación: de muy tensa

(izquierda) a muy relajada (derecha).

Su sensación de vitalidad: de cansancio máximo (izquierda) a máximo estado de alerta (derecha).

Su estado de humor: de muy deprimida (izquierda) a felicidad total (derecha).

Su nivel de dolor: de dolor insoportable (izquierda) a ningún dolor (derecha).

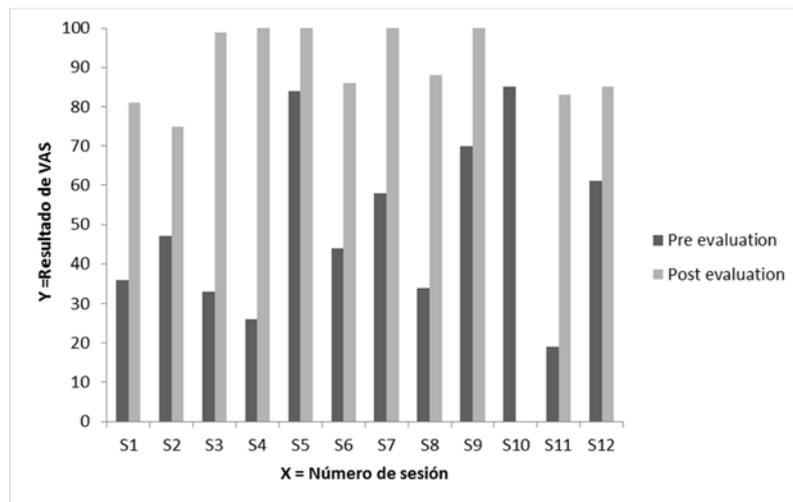
Su calidad de sueño: se refiere al registro que la consultante tiene de cómo está durmiendo entre cada sesión. En el extremo izquierdo se ubica una calidad de sueño muy mala, y a la derecha un sueño excelente.

Esta herramienta además permite visualizar en una figura la evolución de cada una de las variables a lo largo del proceso terapéutico.

En el eje horizontal (X) de cada figura se puede observar cada una de las doce sesiones (S1 a S12), y en el eje vertical (Y) el resultado de la VAS de cada variable. Además de las VAS, en cada sesión se colectó la data cualitativa que fue descripta más arriba.

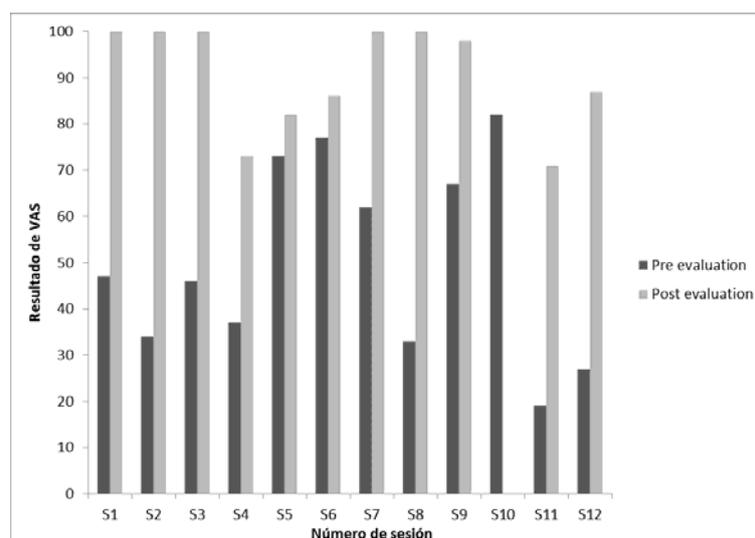
Resultados.

Se puede observar en la figura 1 la variable Estado General. En todas las sesiones el tratamiento vibroacústico ayuda a la consultante a encontrar un estado tranquilo y calmo. El incremento es altamente significativo con respecto a la pre evaluación. Algo similar se observa en la variable Nivel de Relajación (ver Figura 2), que se incrementa significativamente luego del tratamiento en todas las sesiones.



0 = Inquietud o ansiedad total / 100 = Calma total

Figura 1. Estado general (General Arousal). Aquí se puede observar el resultado de las VAS del estado general de la paciente (eje Y), en cada una de las 12 sesiones realizadas (eje X). En el eje Y, el número 0 significa que su estado es de total inquietud o ansiedad y el número 100 significa que su estado es de calma total. La barra negra grafica el resultado antes del tratamiento y la barra gris después del tratamiento.



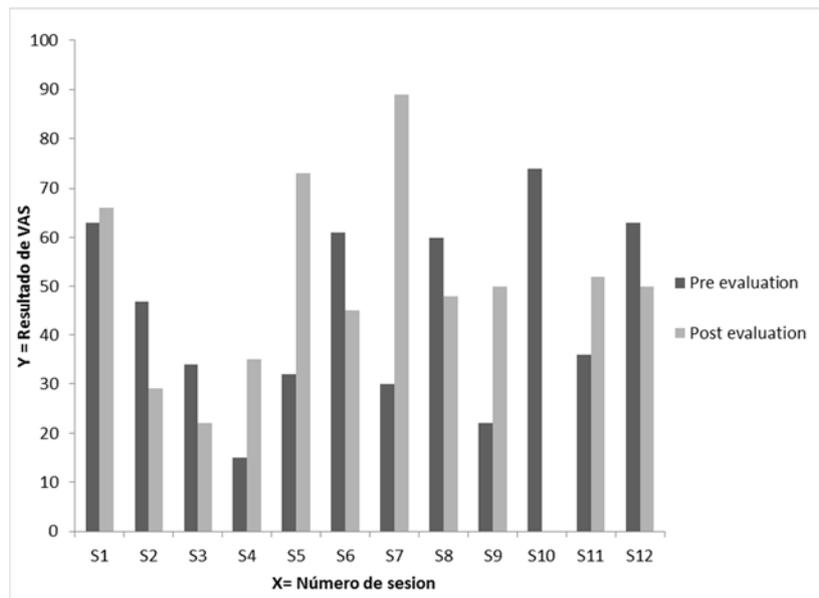
0 = Muy tenso / 100 = Muy relajado

Figura 2. Nivel de relajación. Aquí se puede observar el resultado de las VAS del nivel de relajación de la paciente (eje Y), en cada una de las 12 sesiones realizadas (eje X). En el eje Y, el

número 0 significa que su nivel de relajación es muy tenso y el número 100 significa que su nivel de relajación es muy relajado. La barra negra grafica el resultado antes del tratamiento y la barra gris después del tratamiento.

Los gráficos de las variables Vitalidad (ver Figura 3) y estado de humor (ver Figura 4) muestran un decrecimiento escalonado desde el primer encuentro hasta la cuarta sesión.

Esto se puede observar en la pre evaluación, y podría estar relacionado con el momento que está atravesando Mónica por el abandono de Fernando.



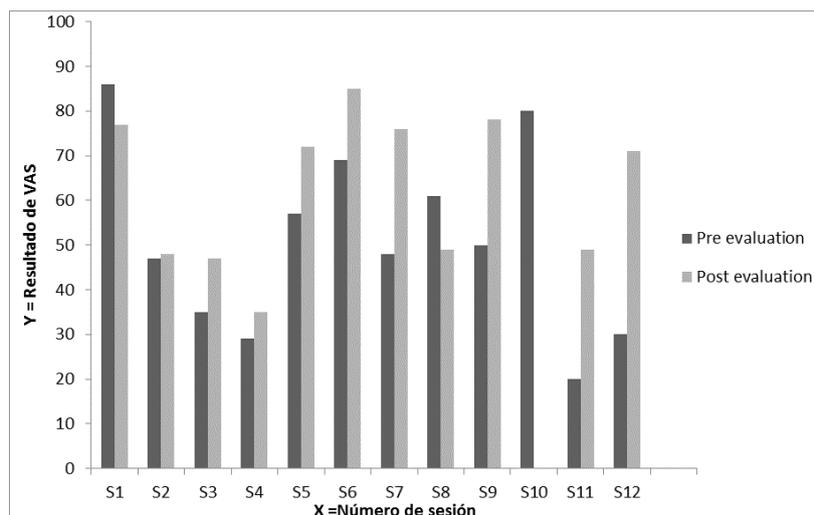
0 = Máximo nivel de cansancio / 100 = Máximo nivel de alerta

Figura 3. Vitalidad. Aquí se puede observar el resultado de las VAS de la sensación de Vitalidad de la paciente (eje Y), en cada una de las 12 sesiones realizadas (eje X). En el eje Y, el número 0 significa que su nivel de cansancio es máximo y el número 100 significa que su nivel de alerta es máximo. La barra negra grafica el resultado antes del tratamiento y la barra gris después del

tratamiento.

En las sesiones siguientes (5 a 10) se observa en la pre-evaluación que su nivel de humor se incrementa significativamente, posiblemente por los logros que está teniendo en el trabajo. No así su nivel de vitalidad, donde se pueden ver altibajos entre las sesiones 5 y 12. Si uno observa a primera vista la pos-evaluación de las variables vitalidad y humor, no parece claro si el tratamiento vibroacústico la estaría ayudando a incrementarlas. Pero si observamos con detenimiento, su vitalidad

se mantiene en un 50% luego del tratamiento entre las sesiones 6 y 12, lo que podría indicar que la terapia vibroacústica la ayuda a estar en un punto intermedio, de balance, excepto en la sesión séptima donde el incremento es muy significativo. Aquí es importante tener en cuenta el contexto: Mónica regresa de un viaje de negocios muy exitoso. El entusiasmo podría estar generando una influencia en su estado de alerta.



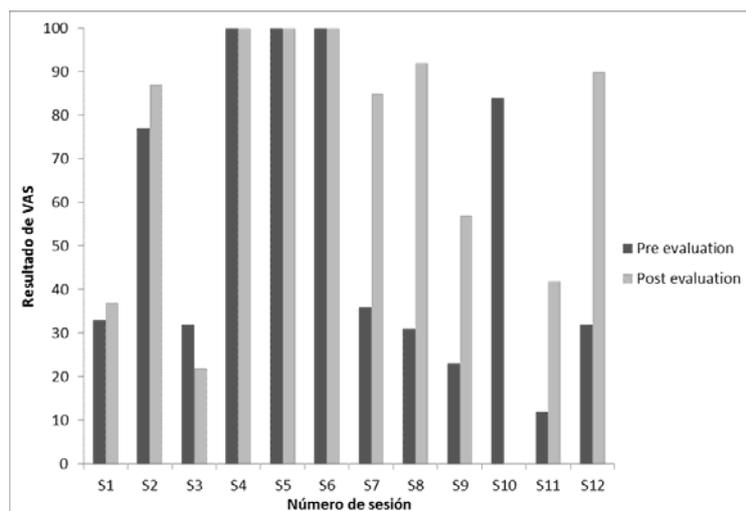
0 = Muy deprimido / 100 = Felicidad total

Figura 4. Estado de humor. Aquí se puede observar el resultado de las VAS del estado de humor de la paciente (eje Y), en cada una de las 12 sesiones realizadas (eje X). En el eje Y, el número 0

significa que su estado de humor es muy deprimido y el número 100 significa que su estado de humor es de felicidad total. La barra negra grafica el resultado antes del tratamiento y la barra gris después del tratamiento.

La variable dolor (figura 5) muestra muy claramente cómo su percepción de dolor desaparece a partir del cuarto encuentro. En la sesión 7, que es donde ella sabe que se va a reencontrar con Fernando, vuelve a

aparecer el dolor en el trapecio y el hombro izquierdo. Se puede observar que la terapia vibroacústica favorece en Mónica el decrecimiento de su percepción del dolor, que es su motivo original de consulta.



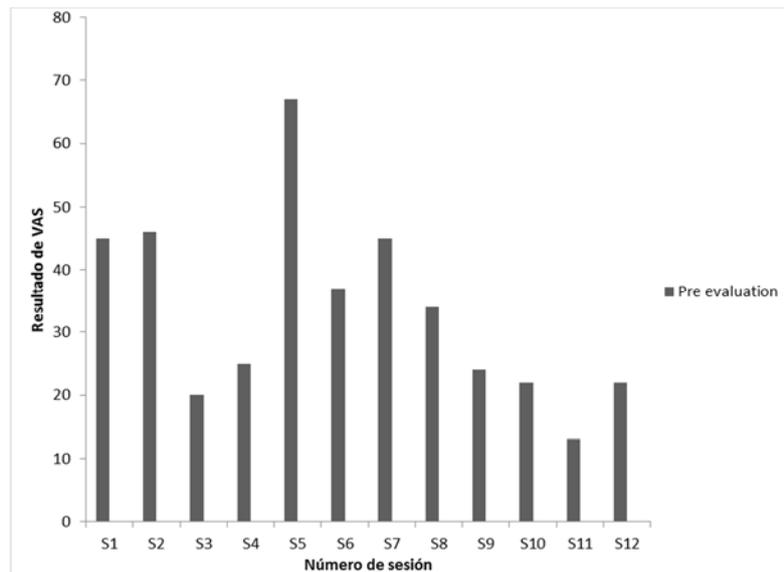
0 = Dolor insoportable / 100 = Sin dolor

Figura 5. Nivel de Dolor. Aquí se puede observar el resultado de las VAS del nivel de dolor de la paciente (eje Y), en cada una de las 12 sesiones realizadas (eje X). En el eje Y, el número 0 significa que su nivel de dolor es insoportable y el número 100 significa que no siente ningún dolor. La barra negra grafica el resultado antes del tratamiento y la barra gris después del tratamiento.

En la figura 6 se puede observar que su nivel

de sueño es irregular, y responde a las preocupaciones que Mónica va teniendo

respecto de su relación con Fernando.



0 = calidad de sueño muy mala / 100 = nivel de sueño excelente

Figura 6. Calidad de sueño. Aquí se puede observar el resultado de las VAS la calidad de sueño de la paciente (eje Y), entre cada una de las 12 sesiones realizadas (eje X). En el eje Y, el número 0 significa que su calidad de sueño es muy mala y el número 100 significa que su calidad de sueño es excelente. La barra negra grafica el resultado de su calidad de sueño en los últimos 3 días previos a la fecha de sesión. No se realiza una pos evaluación ya que lo que se evalúa es la calidad de su sueño entre cada sesión y no su calidad de sueño durante los 20 minutos que dura el tratamiento.

Conclusiones y discusión.

A lo largo del artículo se presentó un abordaje combinado de VAT y técnicas de visualización guiada, que ayudaron a Mónica a encontrar la serenidad y calma

necesarias para tomar las decisiones correctas en medio de una crisis emocional y en un momento donde ella identifica la importancia de focalizar en su trabajo.

El estado de calma que logra tener Mónica luego de cada tratamiento, así como los profundos niveles de relajación a los que

llega en cada sesión, sumado al balance en su nivel de vitalidad y de humor, y el decrecimiento de su percepción de dolor, alientan a pensar en este abordaje vibroacústico como facilitador de cambios y muy pertinente para el proceso que ella está atravesando.

El temor que tiene de ser descuidada y abandonada no va a desaparecer de un día para el otro, aunque dentro de un ambiente terapéutico, que es de cuidado y sostén, ella de algún modo estaría ejercitando circuitos neuronales que favorecen el intercambio y la conexión con un otro, y los sentimientos de seguridad que le posibilitarían en algún momento relacionarse con un hombre sin el temor a ser nuevamente descuidada, defraudada o abandonada. El uso de frecuencias y técnicas combinadas como las descritas en el presente artículo han sido incluidas en un proceso terapéutico que ha enfatizado el vínculo humano y el cuidado, la disponibilidad del terapeuta y su presencia terapéutica. Esta implica que el terapeuta esté plenamente en el presente, acompañando al consultante en todas sus

dimensiones: físicas, emocionales, cognitivas y relacionales (Porges, 2014). Esta presencia terapéutica invita al cliente a sentirse comprendido y escuchado, así como a sentirse lo suficientemente seguro para estar él también presente en la medida de sus posibilidades, y en una relación terapéutica que le posibilite un trabajo terapéutico más profundo. Activando un sentido de seguridad estando presentes con y para el consultante, los mecanismos de defensas del mismo pueden disminuir y promover el desarrollo positivo y el cambio. Mientras que una ausencia de *attunement* en las relaciones tempranas pueden ser la causa de la falta de regulación emocional, el *attunement* y la conexión hacia con quienes nos relacionamos pueden sanar, o ejercitar los circuitos neuronales que están en la base de los sentimientos de seguridad (Allison & Rossouw, 2013; Grawe, 2007; Porges, 2011; Siegel, 2010).

El presente artículo describe las doce sesiones pactadas. Se ha trabajado intensamente sobre los objetivos acordados y este proceso la ha ayudado a reorganizar su vida. Ella sabe que puede volver cuando

lo necesite. Ya tiene integrada a la terapia vibroacústica como un espacio que le ayuda a sanar heridas antiguas, a tomar decisiones con mayor tranquilidad y menos reactividad emocional, y a llevar adelante su vida profesional con entusiasmo.

Reflexiones finales sobre la terapia vibroacústica y futuras direcciones de estudio.

La terapia vibroacústica es una disciplina científica con sólo cuarenta años de existencia y, a pesar de que sus bases teóricas están bastante establecidas, como toda disciplina emergente tiene aspectos a ser estudiados con mayor profundidad. Ya hemos mencionado en este artículo que en la actualidad, una de las hipótesis de trabajo aceptadas a nivel mundial se refiere a la relajación de una determinada estructura anatómica (por ejemplo un músculo), cuando ésta resuena por simpatía con una frecuencia determinada. Ahora no todos los segmentos del cuerpo resuenan en la misma frecuencia en diferentes personas, porque todos tenemos cavidades, densidades y tamaños diferentes de tejidos,

huesos, órganos, entre otras estructuras. Probablemente en breve, gracias al desarrollo de tecnologías específicas, se podrá encontrar la frecuencia de vibración de una determinada zona corporal, y eso será sin duda un gran avance en la terapia vibroacústica. Ahora bien, hay varios interrogantes que quedarían pendientes de estudio, por ejemplo ¿En qué segmentos del cuerpo debería un terapeuta enfatizar la vibración?; ¿En el lugar donde un consultante refiere como zona de tensión y dolor?. ¿Es posible que esa zona de tensión o dolor tenga origen en otro segmento del cuerpo?.

En el presente caso clínico, el dolor en hombros, trapecio y brazos siempre vuelve ante situaciones emocionales. Como se ha podido constatar en el caso M, la vibración en esas zonas alivia casi inmediatamente su síntoma, pero éste no desaparece. Podríamos pensar que su tensión estaría siendo arrastrada desde otra parte del cuerpo, tal vez a través del tejido conectivo, y a su vez esa otra zona corporal podría estar asociada a una situación traumática (por ejemplo un abuso). Quien

ha consultado alguna vez a un osteópata por un dolor en determinado segmento del cuerpo, tal vez haya podido constatar que el profesional no siempre trabaja necesariamente sobre la zona que su consultante refiere como de dolor.

Muchos osteópatas contemporáneos están estudiando y estableciendo métodos de *escucha palpatoria* de las estructuras anatómicas. A través de estas formas de *escucha manual*, identifican con mucha precisión lo que ellos denominan *zonas de escucha* (Barral, 2005)⁵. El trabajo en colaboración junto a profesionales del cuerpo humano podría contribuir enormemente al desarrollo de la terapia vibroacústica. Cuando hay cooperación e intercambio entre las disciplinas el resultado es el avance de la ciencia en beneficio del ser humano.

Referencias

Allison, K.L., & Rossouw, P.J. (2013). The therapeutic alliance: Exploring the concept of "safety" from a neuropsychotherapeutic perspective.

International Journal of Neuropsychotherapy, 1, 21-29.
doi:10.12744/ijnpt.2013.00210029

Barral, J.P. (2005). *Manual thermal evaluation*. Vista, California: Eastland Press.

Clayton, M., Sager, R. & Will, U. 2004. In time with the music: The concept of entrainment and its significance for ethnomusicology. *ESEM CounterPoint*, 1, 1-45

Cozolino, L.J. (2006). *The neuroscience of relationships: Attachment and developing social brain*. New York, NY: Norton

Craig, A.D. (2002) How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*. 3, 655-666

Farb, N.A.; Anderson, A.K.; Mayberg, H.; Bean, J.; McKeon, D. & Segal, Z.V. (2010). Minding one's emotions: mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion* 10(1):25-33

Grawe, K. (2007). *Neuropsychotherapy: How neurosciences inform effective psychotherapy*. New York, NY: Taylor and Francis.

Grocke, D. & Wigram, T. (2007): *Receptive methods in music therapy: techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London and Philadelphia. Jessica Kingsley eds.

Porges, S.W. (2003). *Social engagement and*

de osteopatía que están comenzando a realizar investigación.

⁵ Hay muy poco material científico disponible. La mayor parte de los estudios son experimentales, aunque existen en la actualidad escuelas

- attachment: A phylogenetic perspective. *Roots of Mental Illness in Children, Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 31-47. doi: 10.1196/annals.1301.004
- Porges, S.W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74,116-143. doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.06.009
- Porges, S.W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation. New York, NY: Norton & Company.
- Porges, S. W. & Geller, S. M. (2014). Therapeutic Presence: Neurophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*. 24 (3), 178-192. American Psychological Association. doi: 10.1037/a0037511
- Punikanen, M. (2004). On a journey to somatic memory: Theoretical and clinical approaches for the treatment of traumatic memories in music therapy based drug rehabilitation. *Music Therapy Today*, 5(5), disponible en <http://musictherapyworld.net>
- Punikanen, M., & Ala-Ruona, E. (2011). Making my body a safe place to stay: Psychotherapeutically oriented approach to vibroacoustic therapy in drug rehabilitation. In: Meadows, A. (Ed.), *Developments in Music Therapy Practice: Case Study Perspectives*. USA: Barcelona Publishers.
- Siegel, D.J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York, NY: Norton, Inc.
- Siegel, D.J. (2010) *Mindsight: The new science of personal transformation*. New York, NY: Bantam Books.
- Skille, O. & Wigram, T (1995). The effect of Music, Vocalisation and Vibration on Brain and Muscle Tissue: Studies in Vibroacoustic Therapy; in *The art and science of music therapy: a handbook*. T. Wigram, B. Saperston, & R. West (Eds.), Amsterdam: Harwood Academic Press (Chapter 2)
- Sobolewski, A. et al. (2011). Impact of meditation on emotional processing: a visual ERP study". *Neurosci. Res.* doi: 10.1016/j.neures.2011.06.002
- Wigram, T.; Pedersen, I.N.; Bonde, L.O. (2002). A comprehensive guide to music therapy (pp.48-61 & 143-150).
- Zain, J. (2014a). *Escuchar el Silencio; Musicoterapia Vibroacústica*. Ed. Kier, Buenos Aires.
- Zain, J (2014b); "Vibroacoustic Music Therapy; interoceptive awareness and emotion regulation", In J. Fachner, P. Kern, & G. Tucek (Eds.). *Proceedings of the 14. World Congress of Music Therapy*. Special issue of *Music Therapy Today* 10(1), 230 – 231. Retrieved from <http://musictherapytoday.wfmt.info>.

Nota Clínica

“Escans(c)ión”: del padecimiento a la obra artística.

Javier Carlos Torres

licjaviertorres@gmail.com

Resumen

El presente escrito propone sopesar puntos del proceso de estabilización de la psicosis de una paciente, el cual se desplegó en torno a tres pilares de intervención: la composición de canciones, el trabajo plástico y la confección de un cuerpo de normas; todos elementos enlazados entre sí. Dicho trabajo fue sostenido desde el espacio de Musicoterapia y articulado con profesionales de otras áreas del contexto institucional. La puesta en escena de los elementos de orden creativo, centralmente en lo referente al campo sonoro-musical, ocuparon un rol nodal en el caso como puntos de trabajo, en un movimiento titulable como *del padecimiento a la obra artística*.

Palabras clave

Transferencia, canciones, ley, estabilización, Musicoterapeuta, Psicoanálisis.

Abstract

The essay proposes to ponder points of the stabilization process of a patient's psychosis, which was deployed around three intervention pillars: song composition, plastic work and the elaboration of a set of rules, all elements linked between each other. The way to the cure was sustained from the space of Music Therapy and articulated with professionals from other areas of the institutional context. The effect of quietude on the relation to the Other was palpable, but not without fluctuations. The staging of the elements of creative order, centrally in the field of sound-music, was sustained and caused in the transference plane. The objects voice and look

occupied a nodal role in the case as points of work, in a titulable *movement from the suffering to the artistic work*.

Keywords

Transference, songs, law, stabilization, Music therapist, Psychoanalysis.



ECOS, Revista Científica de la Asociación Argentina de Musicoterapia. ISSN 2545-8639

<http://asamdifusion.wixsite.com/musicoterapia/ecos->

ECOS es una publicación de ASAM (www.musicoterapia.org.ar)

Recibido: 20/3/2017 Aceptado: 29/5/2017

Preludio

*La música: tan hermosa como
inaprensible. ¿Y?*

En las siguientes líneas intentaré dar cuenta del proceso de estabilización de una paciente adolescente en el contexto de trabajo en el espacio de Musicoterapia, inserto a su vez en un marco institucional. A tal fin dividiré los elementos centrales al modo de ítems en breves apartados que, por fuera de este escrito, resultan indivisibles, simultáneos por tramos, y plenamente articulados.

La paciente en cuestión, Elena, es una joven con diagnóstico médico de Encefalopatía Crónica No Evolutiva -con un alto compromiso de sus posibilidades motrices-; y una estructura psicótica. Residió en la institución (bajo la modalidad de Hogar con Centro Educativo Terapéutico) a tiempo completo, marco en el cual

también recibió tratamientos en diversas especialidades.

El presente recorte comprende el trabajo en el espacio de Musicoterapia por un período de cinco años (entre los quince y veinte años de edad de la paciente). A la vez, se suman por añadidura elementos recabados de otras áreas, centralmente de un tiempo de tratamiento en Psicología.

Por aquel entonces, la paciente contaba con un grupo familiar con un compromiso psicosocial y condiciones habitacionales que impedían la convivencia de la joven con alguno de sus padres o abuelos. Recibía visitas esporádicas de su hermana, su madre, su hermano; y en menor frecuencia de su padre. Las entrevistas a padres, llevadas a cabo desde el espacio de Psicología, resultaron siempre complejas respecto a la organización y mantenimiento.

Las canciones, nuevas.

Al inicio del trabajo en

Musicoterapia, se observó que la joven se mostraba muy interesada en lo sonoro-musical, centralmente en cantar. Conocía letra y nombre de variadas canciones populares, las cuales entonaba de un modo desarticulado y estableciendo modificaciones -por homofonía- de algunas palabras, sin que esto supusiera desplazamiento de sentido alguno.

Lo que tras un lapso saltaba a la escucha era que, si bien parecía enlazarse con el trabajo sonoro, nunca elegía qué canción cantar; contando a primera vista con las posibilidades de hacerlo. Siempre esta elección era dejada al Otro mediante diversos rodeos.

⁶ Destaca la anamnesis médica episodios de alucinaciones visuales y auditivas que fueron tratados de modo medicamentoso.

⁷ El mero hecho de solicitarle que tomara con una de sus manos el alimento en los espacios de comida (lo cual incluso podía ser deslizado del modo más pasajero) la convocaba a una

Reproducía entonces, sonoramente, una elección del Otro. Ahora bien, cuando el mismo no aceptaba tomar esta posición de agente, cuando se sostenía el interrogante acerca de qué era lo que ella prefería hacer, la paciente desplegaba una serie de fenómenos ligados a una suerte de estupefacción, en la cual su mirada se extraviaba⁶ - carecía de profundidad- y las palabras desaparecían. En ocasiones también este encuentro con una pregunta del Otro la convocaba a episodios de llanto, de difícil corte.

El hecho de buscar cierta implicación subjetiva⁷ de la paciente la dejaba sin recursos frente a una suerte

detención completa de su accionar frente al Otro y, de surgir una insistencia en este punto, la escena derivaba en un llanto y un *enojo* para con dicha persona. Cabe aclarar que la paciente contaba con la posibilidad de asir los alimentos de este modo, lo cual se buscaba a la vez propiciar en todo momento, en pos de una mayor autonomía.

de insoluble dicotomía entre *hacer lo que el Otro elige* una caída del lazo -en referencia a una caída del campo del lenguaje como organizador de la relación al Otro-, en la cual ese Otro se tornaba insoportable⁸. En ambos puntos es posible localizar un padecimiento (tomando como norte la noción freudiana de salud; punto sobre el cual se monta aquello que autoriza a intervenir cuando no hay demanda) (Tilve y Torres, 2005, p.34), en el primero en tanto el *hacer lo que el Otro elige* dejaba sin posibilidad alguna de creación e innovación, al modo de una marioneta del Otro, a la vez que barría también en diversos planos con pequeños movimientos de oposición que desplegaba la joven no sin vaivenes; dichos movimientos caían en el saco roto de la ruptura del lazo -porque el

Otro marcaba espacios, negativas, normas, desde cierta *autoridad*-, polo segundo de padecimiento.

Sólo remediaba esto, temporalmente claro está, que otra persona, desde fuera del contexto, la *rescatara* convocándola a un otro espacio donde pudiera comenzar la escena *de cero*.

El encuentro con la demanda del Otro -en tanto pregunta abrumadora o imperativo, de tal modo era leído por Elena- promovía entonces una conmoción tal en la paciente que la escena debía ser anulada y reconstruida en otro ámbito desde sus cimientos para que alcanzara una pacificación. Esto podía repetirse muchas veces por día y, más allá de una calma chicha, no ofrecía al sujeto progreso alguno respecto a una merma

⁸ Cabe destacar en este punto que se produjo cierto viraje en el recorrido del tratamiento

desde una posición de un Otro por entero masivo e intrusivo -al modo de la psicosis infantil- hacia un esbozo de Otro persecutorio.

sustancial de su padecimiento ni a un reposicionamiento frente al Otro. No había, por ende, cuenta alguna, siempre era el retorno a la casilla de salida.

Ante la captación de este recorrido, fue que se le propuso componer una canción, nueva. Una apuesta. Al provenir del lado del Otro la propuesta fue aceptada, mas al momento de la composición no emergía del lado de la paciente palabra alguna que ofreciera un texto a la obra (la parte musical, de melodía y acompañamiento, quedaba a cargo del Musicoterapeuta; Elena podría sí marcar el tempo de la obra, elemento del cual pudo encargarse recién en un segundo tiempo

⁹ La cuestión de la elección del tempo por parte de la paciente habilitó la resignificación de algunos textos propios. Esto surgió de variados modos en sesión. Tal vez uno de los más claros fue cuando, tras la composición de una canción sobre su madre (en un momento de reencuentro con ella tras tiempo de no verse y mostrar la madre un vasto interés) trajo la frase *te quiero* -

del tratamiento)⁹.

Este trabajo fue acompañando y sostenido por el silencio del terapeuta, lo cual promovió un vacío con cierto marco a partir del cual la paciente volcó algunas palabras, las cuales, y para su sorpresa, fueron anotadas y cantadas frase a frase. Cierta enojo o malestar era palpable en la joven: no era esto lo que esperaba. Ésta fue la letra de la canción inaugural:

No sé qué cantar hoy.

Otra.

No se me ocurre ninguna.

La de Diego Torres.¹⁰

¿Se te ocurre alguna?

dirigida hacia aquella-. Ante la pregunta por el tempo la joven respondió *lento*. Y tras unos instantes plasmó un *te quiero, pero lento*, que se tornaría estribillo. Una tentativa de freno a una posible desmedida materna era ubicada allí.

¹⁰ No podía esto ser leído como una elección ya que eran muchas las canciones de tal cantautor

No, dale.

En serio, dale.

No sé.

Se fue construyendo así una melodía asequible a la apropiación de parte de la paciente, que incluía ciertas inflexiones de la voz de la joven, y el Musicoterapeuta comenzó a cantarla, sin repetir frases, sin estribillo, mas sí estableciendo silencios de comienzo y fin. Poco a poco la risa apareció del lado de la paciente. En este punto, algo nuevo surgió: un texto que le pertenecía, y que pasaba por la vía del Otro desde un lugar diferente, no ya como indicación o voluntad descarnada del Otro, sino en una suerte de espejo de su posición que a la vez propiciaba un nuevo lugar, un decir del sujeto que quedaba registrado en el marco de una

que se trabajaban en sesión, y éste era uno de los rodeos citados para que la elección cayera en el campo del otro. Sí podría ser esto leído, tal vez,

obra musical, y abría la puerta a la posibilidad de un nuevo modo de ser nombrada.

Poco tiempo después se convino componer otra canción, a lo cual accedió sin dificultades pero con la diferencia de que las palabras brotaron más sencillamente. El Musicoterapeuta fue aquí un secretario que tomaba nota, y agregaba una melodía y unos acordes. Posición ésta destacada por Lacan (1984): *“Aparentemente nos contentaremos con hacer de secretarios del alienado. Habitualmente se emplea esta expresión para reprochar a los alienistas su impotencia. Pues bien, no sólo nos haremos sus secretarios, sino que tomaremos su relato al pie de la letra ...”*.

Esta segunda obra estaba dirigida a la directora de la institución, como una elección -no casual- en relación al apellido. Algo de la relación al Musicoterapeuta podría causarse allí.

aquella que comparte el mismo nombre que la madre de la joven¹¹, y con quien presentaba un lazo en extremo complejo por la fragilidad de las condiciones en que se sostenía: la mayor parte de las cosas que manejaba la paciente, fueran palabras, objetos, actividades, etc., debían ser dirigidos a la directora y, por ende, atravesados por la palabra y/o mirada de aquella. Ésta era una exigencia de la joven, por momentos irrefrenable, impostergable. Misma exigencia fue mostrar esta obra a la destinataria manifiesta.

La *felicitación* era tomada como una marcada muestra de estima que la invadía, pero requería ser sostenida indefinidamente; cualquier

¹¹ Podría sopesarse la cuestión en relación a los nombres propios, tanto de la directora como del Musicoterapeuta, como una duplicación de la puja entre los nombres propios de la madre y del padre de Elena. Esta puja, de origen estructural, refiere a la insoluble oposición, en el presente

otra opción la convocaba al llanto y a una crisis -cualitativamente hablando- por efecto de una especie de eyección, de rechazo de sí misma por parte del Otro, como cuando se tira algo a la basura. Ésta era la lógica del despliegue de la paciente en casi todos sus vínculos¹², sin medida posible. (En este plano, no se hallaba distancia alguna entre el objeto de su producción y ella misma. El primero no parecía representarla, sino funcionar, al menos en este primer momento, como una suerte de agregado.). Esto fue alojado, operando el Musicoterapeuta al modo de moderador de la escena, regulando las voces de cada personaje: paciente y directora, tanto dentro como fuera del caso, entre el Deseo de la Madre y el Nombre del Padre.

¹² Refiero *casi todos sus vínculos* buscando marcar que había ya comenzado a construir versiones de vínculo del orden del no-todo con el Musicoterapeuta y también con la Psicóloga.

espacio de sesión dentro del marco de las posibilidades, ubicando un lugar tercero a ser luego relevado por un símbolo a construir.

Curioso resultaba que, de todos modos, algo se entramaba, podía deslizarse, en esta segunda canción (la cual se titulaba como la directora -y como la madre-) pero contenía un texto ligado a un pedido de permiso para contactarse con su hermana (una suerte de *destinataria latente*) a fin que aquella la visitara y le trajera un símbolo de afecto, sostén, ligazón, o presencia: *unos caramelos*.

Resultaría en extremo extenso relatar el trasfondo, una por una, de las casi veinticinco canciones que compuso en este período, pero sí es importante destacar cómo en cada una de ellas recortaba una figura (algún personaje de la institución o de su familia) y enmarcaba una cuestión, un modo de vínculo con cada uno de ellos,

un pedido, temores, un tope o uno -o varios- insultos. En resumen, un decir, en palabras y sonido que recortaba lo central y actual del vínculo, fijando la cuestión en un registro (un soporte concreto) para luego, desde allí, habilitar la posibilidad de operación de una modificación de ese particular lazo.

El Musicoterapeuta se había convertido ya en un partenaire de juego; a la par que basculaba entre una posición de gestor e implicado en la misma ley. El marco era la transferencia, y el sostén la posición de testigo del Musicoterapeuta. Como refiere Soler (1991): “...un testigo es un sujeto al que se supone no saber, no gozar, y presentar por lo tanto un vacío en el que el sujeto podrá colocar su testimonio.”

La vía de la composición y canto de sus propias canciones fue uno de los pilares del proceso de estabilización de la paciente, proceso en el cual su lazo al Otro fue moderándose y modificándose paulatinamente. Es de

destacar que estas canciones, si bien tenían cierto recorrido dentro del campo institucional, eran recortadas casi exclusivamente al contexto de sesión por parte de la joven. Sólo en un momento en particular solicitó cantarlas para un público, al cual ya arribaremos.

Resaltaba en el plano sonoro-musical, claramente, cuando algún vínculo en particular se tornaba de difícil manejo para Elena y, por ende, se enlazaba al original padecimiento. Esto era observable tanto en relación a lo repetitivo del orden de ejecución de las canciones que solicitaba como así también frente a la insistencia de una misma canción. Fue esto palpable en relación a una supervisora de la institución, con quien compartía tiempo en los fines de semana. Ante esto, se operó modificando en partes la letra original por ella compuesta -una mera exterioridad al comienzo-, logrando así una reapropiación del objeto y una subversión del particular vínculo

Hacia el final del proceso que desarrolló en el espacio de Musicoterapia, resultó notorio el disfrute que hallaba en el hecho de que el Musicoterapeuta trastabillara respecto a la letra de sus canciones al momento de entonarlas y en que luego las mismas fueran tomadas como una suerte de modelo para improvisar sobre las melodías ya conocidas una letra que refería a las particulares situaciones que la aquejaban en el día a día.

Lo Sonoro-musical, privilegiado.

Si bien una relación a la música se aprecia en una vasta cantidad de personas, en este caso había un particular recorte del recurso de parte de la joven, en su lazo al Musicoterapeuta en un espacio donde era ésta centralmente la oferta. Tal vez, algo de este recorte podría provenir, al menos en alguna medida, del hecho de que el segundo nombre de Elena había sido elegido por los padres en relación a

una canción de un grupo de fama internacional.

A la vez se puede agregar el efecto de desplazamiento pasible de ser ubicado en relación a períodos de los citados momentos de estupefacción, en los cuales la paciente parecía ser presa de alucinaciones auditivas; desplazamiento entonces hacia el campo de lo sonoro-musical, donde no sólo ubicaba elementos en relación a estas voces en el marco de la fijación de los modos de vínculo en las canciones, sino que a su vez le otorgaba una medida, un principio y un final, un pulsar discontinuo, un marco al desborde pulsional, al menos localizable en el campo de lo invocante.

La apelación al recurso sonoro-musical se consolidó, también, por el efecto de sostén que ocupó para

el sujeto, al modo de un apuntalamiento; promoviendo en paralelo un efecto de despliegue creativo.

Una lógica de sobredeterminación sostuvo la operatividad del recurso a lo sonoro-musical en este caso.

Quedando seguramente mucho por elaborar en este punto, continúo ahora con otro de los pilares del proceso.

La norma, tangible.

El interés de Elena por permanecer junto a otros profesionales en cada uno de los espacios fue tornándose de complejo manejo por el hecho de que, al no estar del todo reglada o limitada la conformación de los grupos de pacientes por aquel entonces, la joven insistía por permanecer en tal o cual¹³, mas esto no

¹³ La otra opción, lo opuesto a permanecer en una sala junto a un grupo, era cambiar de piso dentro del ámbito institucional y pasar a un

descanso en la habitación o a cierto tiempo de *distracción* mirando la televisión junto a algunos pares en el SUM. Con el tiempo se arribó a la

era siempre posible por las condiciones del devenir institucional. Por ende, la aceptación o la negativa a su participación en un espacio, eran leídas por la joven como meramente ligadas a la buena o mala voluntad del profesional a cargo, quedando ubicada así en una posición compleja, sobre todo frente a aquellas oportunidades en que una negativa, por más explicación con que se la acompañara, generaba un efecto de pérdida tal que la convertía en víctima de un rechazo mayúsculo, tal como se mencionó anteriormente. (En estos momentos álgidos de su lazo a los otros fue que emergieron en paralelo dos neologismos, no desplegados luego más allá de la inclusión de los mismos en un decir de tipo cómico por un breve lapso.)

Desde el espacio de Musicoterapia, respecto al cual cabe

construcción junto a la joven de un espacio para *escuchar música sola* con su grabador o reproductor de mp3, al cual la paciente logró

aclarar que esto también sucedía, se comenzó a introducir una legalidad que implicaba tanto a la paciente como al Musicoterapeuta. Se construyó esta cuestión desde diversos planos, siendo los centrales la apelación a leyes del ámbito de la salud, las instituciones, la presidencia, etc., por un lado -que hicieran un borde-; y la confección de una planilla de horarios, para ella asequible, ubicada en su habitación, que marcaba tiempos a su participación en las diversas actividades. Se construyó así una terceridad, ubicable fácilmente para Elena, que alejaba del sesgo de la buena o mala voluntad del Otro a los profesionales, aunque distanciando ésta hacia personajes más lejanos como, por citar alguno, la presidente. Poco a poco, se fue buscando que el carácter de la ley fuera menos nominativo respecto a las

acceder tras obtener, dicha actividad, un marco específico.

personas que la encarnaban o sostenían, es decir, lo más impersonal que fuera posible sin caer en una abstracción desproporcionada para el momento subjetivo de la joven. Llevar la ley al plano de una convención sin nombre propio que la detente (Lacan, 1988, p. 56) sino como símbolo, fue el horizonte nunca alcanzado, ni alcanzable.

Respecto a la planilla de horarios junto a ella confeccionada, aunque no por ella elegida en relación al recorrido plasmado en el papel, es importante mencionar que poco a poco fue incluyéndose allí el trabajo con cada profesional en diversas disciplinas, quienes colaboraron en el plano imaginario firmando y sellando dicha planilla al modo de un compromiso, de un pacto, de una ley.

Como segundo paso, tras esto, dado el interés que la joven sostenía por el trabajo en algunas áreas (podía leerse cierta elección: tanto en referencia al objeto de trabajo, al

profesional, etc.), se introdujo una nueva regla que ordenaba una excepción a la anterior. Se creó así la figura de *invitada*, que derivó luego en la de *ayudante* en algunos talleres. Respecto a esta última se confeccionaron acuerdos por escrito, rubricados por el profesional del área, por la paciente y por algún directivo, en los cuales se enmarcaba: su participación *extra* en algún espacio, el período que comprendía, así como también un por qué de la misma y las funciones a cumplir. Poco a poco, la paciente misma efectuaba sus pedidos a la par de la solicitud de que se acordaran estas reglas; no era una cosa sin la otra. Claramente, a partir de estas versiones de marcos, obtenía un alivio. Las intervenciones, sostenidas al modo de un goteo, ofrecen una marca, una referencia, en oportunidades, en el campo de la psicosis.

Cabe destacar que en este punto, alojando su pedido por ser

ayudante, se buscó también crear una nueva imagen para Elena, más ligada a la adultez, con derechos y obligaciones. En paralelo, y gracias a la intervención de otras profesionales de la institución, se abordó y destacó el papel de un cuidado de la imagen, que progresivamente fue ligándose al campo de lo femenino (Tilve y Torres, 2007).

La pintura, apreciada.

En cierto momento, en los comienzos de este proceso, se construyó informalmente un espacio de trabajo ligado a la pintura entre la directora y la joven. Pintar es un rasgo de esta directora, quien posee verdaderos dotes y pasión por esta rama del arte. De ese espacio salió como producto un cuadro, pintado por *ambas*.

¹⁴ Este proyecto comprendió, en paralelo a lo que se relata, la inclusión en algunos encuentros de la hermana de Elena, compartiendo la actividad plástica. En dichos encuentros,

Varias personas se mostraron interesadas en esta obra, y Elena estuvo presta a regalárselas. Esta actividad sucumbió pronto a la lógica mencionada ya del *a merced de la voluntad del Otro*. Frente a esto, y al hecho de que la paciente estaba interesada por la actividad, desde los espacios de Psicología y Musicoterapia se confeccionó un proyecto, llamado *Re-crearte*¹⁴, que orientó dicho interés hacia un escenario.

En este espacio, que la joven compartía alternativamente con la Psicóloga y el Musicoterapeuta, se ofertó información respecto a diversas técnicas de pintura, en tanto oferta simbólica de diferencias y posibilidades, sin reparar en la cuestión estética¹⁵ de la obra (aunque sí se buscó un *cuidado* al

acompañados por alguno de los citados referentes del proyecto, se observó un afianzamiento del vínculo entre ambas.

¹⁵ En tanto una suerte de elevación de la buena

momento del empaque y presentación, en búsqueda de cierto resguardo de la misma frente a los otros). Y se orientó justamente a la confección de un producto -solicitado por algún otro de la institución o la familia- que representara a la joven y pudiera ser entregado a quien lo demandara; tras el proceso creativo, obviamente. Se introdujo también una negativa, sostenida desde la transferencia para con ambos profesionales, respecto a la gratuidad del objeto. Se puso, por ende, conjuntamente, un precio, simbólico -ya que la joven no manejaba una clara noción del dinero- pero no barato, ya que esto permitía una marca, en simultáneo, sobre el comprador y a su vez habilitaba la posibilidad de autofinanciar la compra de materiales

forma o la belleza.

¹⁶ Una de las cosas que quería era un nuevo reproductor de música, lo cual se articulaba con aquellos espacios en que podía escuchar música

para la realización de nuevas obras.

En este punto también se vistió un imaginario en el proceso, confeccionando un guardapolvos para proteger su ropa al pintar, con la palabra *artista* escrita sobre aquel, modo del cual se la comenzó a nombrar a Elena respecto a sus posibilidades creativas. Este nuevo modo de ser nombrada por el Otro generó un elevado impacto en su despliegue y fue nodal en el proceso de estabilización.

Tiempo después, y habiendo ya convergido varias cuestiones, la joven solicitó para uno de sus cumpleaños que se le regalara plata. Esto no resultó extraño, cierto germen se había inoculado y operaba: quería que le regalaran plata para poder comprar *lo que ella quería*¹⁶. Con esto, marcaba que

en solitario, por fuera de un espacio de taller. Destaca aquí el hecho que la escucha musical podía operar como tope a posibles voces que retornaran en lo Real.

no quería que el Otro eligiera por ella en ese momento; o al menos de este modo fue sancionado. Esta intervención fue sostenida por el equipo, ya que el despliegue de Elena no era sin vaivenes.

La despedida, movilizada.

Por cuestiones de cambio de cobertura de obra social y de un interés de la madre porque la hija estuviera en un Hogar más cercano a su domicilio, donde pudiera ir a visitarla con menores dificultades respecto a la distancia y tiempo de viaje, se produjo el egreso de la paciente de la institución. Este proceso se demoró varios meses, por cuestiones administrativas, lo cual convocó a la joven a cierta agitación por aquel cambio que la implicaba y sobre el cual no había decidido nada, aunque de todos modos esto fue tratado de construir como intervención, orientando el sopesamiento -de su parte- de beneficios y costos de este pasaje de una institución a otra.

Finalmente, se armó una fiesta para su despedida, junto a algunos familiares, personal de la institución y otros jóvenes concurrentes. Fue allí el único momento en que solicitó al Musicoterapeuta la acompañara a cantar alguna de sus canciones en público. Este despliegue convocó a una emergencia de llanto, señal de angustia en este caso, de algunos de los personajes por ella referidos en sus canciones. En algún punto logró horadar, al menos por un momento, la figura de esos otros. Ella reía, hasta donde pudo -ya que continuaba siendo en extremo permeable al estado afectivo demostrado por el Otro-, punto en el cual sobrevino el corte de la actividad del lado del Musicoterapeuta.

En el contexto de su egreso de la institución, la paciente llevó consigo diversos objetos contruidos para ella por sus compañeros en compañía de los profesionales. Entre ellos, llevó la grabación de sus canciones

y la letra y acordes de las mismas, tal vez para poder ser retomados en nuevos espacios si era ésta su intención. Actualmente, se desconoce acerca de la continuidad en este punto.

Otros elementos, importantes.

Durante el recorrido del trabajo emergieron, en tiempos ya avanzados, diversos elementos que dieron cuenta de los citados movimientos. Tipifico algunos:

✓ *Alimentación:* progresivamente fue aceptando la posibilidad de tomar los alimentos por sí misma, de acuerdo al plano de sus posibilidades motrices, lo cual fue plenamente alentado en tanto elección de Elena. Se emplearon para ello algunos materiales para facilitar esta labor, como ser engrosadores para el mango de cuchara y tenedor, y vasos similares a mamaderas de transición. En las ocasiones en que por algún motivo la cuestión se dificultaba se le ofrecía la

opción de tomar algunos alimentos con la mano, como por ejemplo la pizza. Todo este constructo fue acompañado por un marco de palabras que habilitaban la posibilidad de que los alimentos se cayeran, es decir, alojando el error como parte del proceso.

✓ *Guitarra:* dado el destacado papel que cumplía en el trabajo que se realizaba el objeto guitarra, la joven comenzó a solicitarlo a fin de extraerle algunos sonidos. En un primer momento contó con la asistencia del Musicoterapeuta para esto, mas luego se construyó un dispositivo con unas cuerdas que le permitían sostenerla desde su cuello para poder ejecutarla con su mano izquierda, con la cual contaba mayores posibilidades respecto al plano motriz. De este modo, la paciente podía pasar algunos momentos en soledad, o sin depender del sostén físico del otro, para desarrollar su exploración del instrumento.

✓ *Intimidación*: la suma y reiteración de intervenciones en este punto permitió establecer a la joven un pedido por ayuda cuando requería de la asistencia de un Otro respecto a la higiene pero dirigido sólo a mujeres. De este modo, cuando solicitaba al terapeuta que convocara a alguna persona habilitada para colaborar en esta función, lo hacía de un modo lateral, no indicando directamente el por qué. A su vez, en el contexto de los espacios de higiene, también abordaba cuestiones ligadas al lucir y actuar *como una mujer* y lo que ello conlleva. Tanto en este punto, como en referencia a lo citado respecto a la alimentación -como funciones centrales de un Otro primordial, por eso lo marco aquí-, destaca claramente la importancia de la función de sostén ofrecida en transferencia. Como plantea Álvarez de la Roche (2004) en una reelaboración lacaniana de la noción winnicottiana:

“Volviendo ahora a las definiciones iniciales acerca del holding, el término implicaría contener, entendido como abrazar de significación al sujeto emergente, bañarlo de lenguaje, creerlo-afirmarlo, hacerlo existir del goce. Uno a partir de un menos. Lo anterior implica que el Otro se muestre en falta, para que el sujeto experimente algo de la propia y se relance al trabajo de circundar lo real”.

✓ *Secretos*: se construyó junto al Musicoterapeuta una suerte de lógica de secretos, una cuota de complicidad, en la cual se alojaba su pedido por repetir algún plato o anticipar algo del desayuno o merienda, siempre con la condición de que esto fuera *secreto*. En estas ocasiones, Elena reía de modo manifiesto, a carcajadas, a la vez que se planteaba un modo posible de horadar la figura de algunos otros, como por ejemplo, los dictámenes de la nutricionista de la institución. Obviamente, y vale la aclaración, estos movimientos respecto a la

dieta eran mínimos en lo fáctico, no representando perjuicio alguno para el funcionamiento orgánico de la joven.

✓ *Equívocos*: en todos los espacios, pero en particular en aquellos ligados a la labor plástica, se intervino equivocando deliberadamente algunos decires de la paciente que se presentaban como unívocos¹⁷. De este modo, y comprendido esto como parte del proceso de trabajo, se comenzó a observar un mayor despliegue en el campo de la palabra, sostenido por la joven con el objetivo de establecer con mayor *precisión* aquello que solicitaba al Otro.

Cierre: un punto y aparte en el recorrido.

A partir de lo relatado se hace visible la vital importancia que adquiere la existencia o no de un vínculo transferencial para la elaboración de un despliegue de tal magnitud. En este punto, concibo que la transferencia se

puso en juego en tanto el Musicoterapeuta fue ubicado -o logró ubicarse- en un lugar Otro respecto a una serie que discurría a cielo abierto al decir de Soler (2004). Sería una suerte de opuesto a la transferencia al modo del cliché, ya que lo que habilitó un despliegue de parte de la paciente en Musicoterapia fue que el Musicoterapeuta arribara a una construcción -siempre en construcción, subrayo el dinamismo- de una posición ubicada por fuera de la lógica del *a merced de la voluntad del Otro*, en la que muchos caían. (El Otro repetía el cliché, en un ida y vuelta con lo planteado por la paciente. Como por inercia, ella ubicaba al Otro bajo un mismo sesgo, punto al cual había que sustraerse.) Un lugar, entonces, por fuera de dicha serie. Una posición en este caso de co-gestor de una versión de ley posible e implicado a la vez en la

¹⁷ Esto surgió propiciado por la escucha en el

área de Psicología.

misma, sosteniendo lo referido a la posición de testigo: no saber, no gozar.

Este posicionamiento, sostenido en todo el tiempo que comprendió el trabajo, permitió y obligó a la paciente a un reposicionamiento propio, a través de un vacío en el cual pudiera volcar algo nuevo. Este vacío sostenido por algunos Otros, esta falta sostenida de diversos modos y en variados planos, habilitó la apropiación del objeto sonoro como posible escenario de trabajo y el surgimiento de un nombre: *artista*. Tácito en los albores, explícito en el crepúsculo. Un nombre posible desde el cual Elena comenzó a reorientar su relación al Otro.

El Musicoterapeuta sostuvo un vacío que permitió a la joven orientar su goce al campo de lo sonoro-musical

en pos de una elaboración primera.¹⁸

Una cesión de goce, un menos al goce desmedido en pos de un marco en lo musical, y en otras áreas (repasando, se observa que mirada y voz fueron dos ejes centrales, en un *del padecimiento a la obra artística*, como reza el título).

Las obras creadas, tanto sus canciones como sus pinturas, operaron fijando allí una porción de goce, lo cual habilitó su nombre de artista y una circulación social; aunque claro está dentro de un marco bastante acotado, en una suerte de endogamia de la institución. Este proceso de estabilización se nutrió de la artificialidad brindada por el ámbito institucional, aunque podría evaluarse que tal vez algo del mismo excedió este contexto, traspasando la barrera hacia el

¹⁸ Recalco que esto no fue forzado por la inserción en el espacio de Musicoterapia, sino sólo propiciado como lectura de un interés de

Elena por el trabajo con lo sonoro. En todo caso, lo que se ofertó fue un segundo paso, un posible S2 que habilitara una metonimia, con el consiguiente efecto de subjetivación.

espacio de la relación con algunos otros (familiares).

La apelación a los pilares del proceso, tal como son mencionados, operó forjando un holding, un sostén, una red de contención con herramientas claras a las cuales la paciente podía echar mano, centralmente en aquellos de padecimiento, tal como es citado por Pérez (como se cita en Pérez, 2013): *“El psicótico es un sujeto que verifica en su sufrimiento el estatuto de ser hablado, que el neurótico olvida al identificarse con el sujeto que habla, piensa que él es el que habla y olvida que es hablado, mientras que el psicótico lo dice abiertamente, tiene el padecimiento de ser hablado por el Otro.”*

Quedará del lado de Elena dar continuidad o no a este despliegue, acompañado esto por las vicisitudes a que tenga que enfrentarse en los espacios por los que discurra. Desde el espacio de Musicoterapia, la salida de la paciente no puede evaluarse en modo

alguno como un alta, sino como una consecuencia de cuestiones que excedían, justamente, al propio espacio. Ahora bien, resulta importante el hecho de que el trabajo efectuado por la joven haya operado en tanto marca, a pesar de todo lo que restaba por abordar. Tal vez, de haber un retorno, no sea seguramente a *casilla de salida*. A la vez, el movimiento efectuado por la madre respecto al cambio de institución también puede ser leído en tanto esperanza de un nuevo lugar simbólico en la trama.

Una de las cuestiones que quedó en el tintero de la elaboración fue la canción que dedicaba a su padre, en la cual marcaba que quería decirle algunas cosas pero que tenía miedos: *miedo a que no se las pueda decir sola, que las tenga que decir con alguien. Miedo a que no me salgan las palabras,* entre otras cosas. Esta letra, más extensa, surgió frente a repetidas ausencias sin aviso del padre a

encuentros pactados con su hija, lo cual generaba una expectativa en Elena a la que luego seguía una vasta decepción; sobre todo al no poder encontrar palabra alguna del lado del Otro que enmarcara o referenciara algo de estas ausencias. Simple y completamente era la ausencia, sin palabras, sin causa ubicable, sin excusas, descarnada. Complejo marco para construir un posible lazo con su padre -genitor- al cual referirla. Era ésta la versión de la ley del padre, y la consiguiente posición a que era convocada su hija.

En tanto punto y aparte acerco este recorte, el cual no deja de resonarme en relación a todo lo anterior y, tal vez, a lo que seguirá:

“Esta intervención no está en

Referencias

- Tilve, D. y Torres, J. (2005). *Le jouissance occulte de la voix*. (Tesis inédita de grado). Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.
- Lacan, J. (1984). *Seminario 3*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

verdad fundada. Es un decir en el que el analista se hace guardián de los límites del goce, sin los cuales, como lo dice ella en todos los tonos, lo que hay es el horror absoluto. El analista no puede hacerlo sino sosteniendo la única función que queda: hacer de límite al goce, esto es, la de significante ideal, único elemento simbólico que, a falta de la ley paterna, puede constituir una barrera al goce. El analista, cuando se sirve de este significante como lo hice yo, se lo toma al psicótico mismo; el analista no hace otra cosa que apuntalar la posición del propio sujeto, que no tiene más solución que tomar él mismo a su cargo la regulación del goce.”
(Soler, 1991, p. 11).

- Soler, C. (1991). *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Lacan, J. (1988). *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Tilve, D. y Torres, J. (Agosto de 2007). El diagnóstico interrogado, el Saber interrogado. En J. Tallis (Presidencia)

Ateneo clínico G.T.I.A.D. llevado a cabo en el Hospital General de Agudos Dr. Carlos G. Durand, Buenos Aires, Argentina.

Álvarez de la Roche, A. (2004, Julio) ¿Es posible pensar el holding de Winnicott en relación con la posición del analista en el contexto del psicoanálisis lacaniano? *Virtualia*. Recuperado de www.virtualia.eol.org.ar

Soler, C. (2004). *El inconciente a cielo abierto de la psicosis*. Buenos Aires, Argentina: JVE.

Pérez, M. (2013, Junio) Lo real sin ley y el cuerpo. *Virtualia*. Recuperado de www.virtualia.eol.org.ar

Soler, C. (1991). *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.

Entrevista

Técnica MIR. Música, imagen y relajación

Dra. Montserrat Gimeno

Por Veronika Diaz Abrahan & Godetti Erica

Equipo editorial Revista ECOS

ecos.asam@gmail.com

En el marco de su visita a la Argentina para brindar la formación en la “Técnica MIR, de música, imagen y relajación”, organizada por la Asociación Argentina de Musicoterapia, el equipo editorial ECOS tuvo la oportunidad de charlar con Montserrat Gimeno sobre su recorrido profesional, el método GIM y la técnica presentada.

Revista ECOS: Primero, gracias por permitirnos hacer esto. Lo primero que queríamos preguntarle es si nos podría contar un poco sobre su recorrido profesional

Montserrat Gimeno: Nací en Barcelona y allí me eduque como enfermera. Me encantaban los enfermos y el ambiente hospitalario y trabaje durante 20 años, como profesional de la enfermería. Y un día, como siempre me gusto la música y yo hacía mis cositas. Hice solfeo, después también

hice canto, que a mí me encanta cantar. Tena una profesora. Trabajaba como enfermera y a la tarde me iba al conservatorio y una vez, tuve un profesora que me daba clases de “Historia de la música” y era diabética, y entonces cada día “Me pasado esto con el azúcar y, ¿Qué hago?” y así un día me dice “Montserrat, tu que eres enfermera que te gusta tanto la música, ¿Por qué no te vas a América y estudias Musicoterapia?” Esto fue en el año 92. Me puse en contacto con una profesora

de EEUU y luego empezaron a abrirse puertas. Me entrevistaste con... que en ese momento trabajaba en la Universidad de... en.... Y tuve la oportunidad de ir a EEUU y empecé ese año a estudiar inglés, que no tenía ni idea. Pedí una... porque tenía.... En el Instituto de salud en España y así empezó el camino. De ahí empecé con "Bachlor in Music therapy", que es la Licenciatura en Mt y después dije "Ya que estas aquí, ¿por qué no haces un master?" Hice un master en arte y entonces ya el GIM había tenido, había tenido un contacto y me enamore del GIM, comencé la formación de GIM y cuando acabe, vivía con una abuelita que me quería muchísimo y me decía tú tienes cabeza para hacer un PHD, "¿Por qué no haces un doctorado?" y le hice caso, casi como de favor y entonces hice un doctorado en psicología, "Counselling psychology". Cuando termine, empecé a trabajar en un Instituto de rehabilitación y trabaje 17 años, media jornada. Mientras hacia el master y el doctorado, trabajaba en el Instituto de rehabilitación, y cuando acabe con todo esto de la formación. Cuando acabe con el

doctorado mi ilusión era llevar la música al hospital y dirigir un programa, y empecé a aplicar y aplicar mandando propuestas y no había manera. Entonces, yo acabe en mayo y ya era diciembre y no me salía trabajo así que dije "Voy a estar abierta a lo que me salga" y entonces ofrecían unas plazas de... que sería como se entiende de propiedad en la universidad de... y yo aplique y quede, así que estoy trabajando como docente hace un año me promovieron y me dieron la plaza en propiedad. Porque en EEUU no es como aquí, bueno como España, porque aquí no conozco bien el sistema, pero en España, tu ganas por concurso una plaza y allí te quedas. Pero en EEUU, aunque la plaza la ganes por concurso, hasta que no pasen seis años no te dan el contrato indefinido. O sea el contrato indefinido no te lo dan hasta que no te evalúan cada dos años y tienes que hacer una memoria. En ese periodo de prueba entran todas las actividades, la evaluación de los estudiantes, publicaciones, todo eso.

Revista ECOS: ¿Pudo insertarse con el GIM en el ámbito hospitalario?

Montserrat Gimeno: Bueno, esa es otra historia, porque el GIM en si, como puro GIM, en ámbito hospitalario no se da. Porque los programas de GIM son programas largos y tú lo que intentas con el GIM es ayudar a personas a realizar cierta exploración. Son programas de exploración que se hacen a través de la música que evoca imágenes y se hacen a través de entrar en el subconsciente de la persona y que con lo evoca pueda ir entendiendo los problemas emocionales que tiene y es un trabajo muy intenso, muy profundo y que tú necesitas estar con una cierta estabilidad interior, una fuerza interior, tienes que ser con un... “ego strength” que puedas realmente embarcarte en esta aventura. Entonces de aquí a allá, hay un espacio que tú, si tienes la formación de GIM, puedes entender cómo utilizar la imagen, lo que hace con el GIM, es que tú eres el que tiene la imagen, a partir de ti es como se va desarrollar el viaje, para que tu entiendas como te tienes que relajar o como tienes que entender tu trauma. Entonces, todas esas adaptaciones que se hacen tienen una

base en lo que es la mente que tenía Helen, o sea todos los... que van haciendo adaptaciones siempre tienen la base importante, el paciente es el centro. Es una terapia humanística, el paciente es el centro, y después tu ayudas a que al descentrarte puedas encontrar lo que necesita el paciente, por decirlo de alguna manera, a través de la música.

Revista ECOS: Entonces, sería más una terapia a largo de plazo, un proceso a largo plazo.

Montserrat Gimeno: Bueno, depende, porque lo que es GIM, es una terapia a largo plazo y depende lo que la persona viene a buscar, cuando te viene a pedir ayuda. Tú tienes que realizar, como mínimo, diez sesiones para que haya realmente como un proceso. Pero también es una terapia, lo que es el puro GIM, que suele extenderse, no es como psicoanálisis, que nunca acaba, pero es una terapia de crecimiento personal importante y tú, cuanto más te unes a ti mismo es como que más necesidad tienes de despertar. Es como un despertar a la conciencia y eso es infinito. Entonces, si

tienes conflictos personales que los has más o menos entendido, a lo mejor no sigues, pero si aunque los hayas entendido quieres seguir explorando. Si el bolsillo te lo permite, sigues.

Revista ECOS: Claro, en el ambiente hospitalario las necesidades son más focales.

Montserrat Gimeno: Bueno, primero eso. Lo primero que pasa en el ámbito hospitalario es entender cómo enfrentar el sufrimiento y el dolor. La ansiedad que te crea este nuevo ambiente, el ambiente hospitalario, que no sabes que va a pasar, no sabes si los médicos están diciendo la verdad o no, las pruebas que pasas. Hay muchísimos factores que hacen que la persona esté en un momento de mucha ansiedad y aparte la persona sufre de algo cuando está en un hospital, sino no va y ahí está el dolor físico y dolor emocional. Entonces, yo cuando estoy pensando en esta técnica, yo he estado con enfermos desde que soy joven, porque antes de empezar la carrera de enfermera, en mis años de niña, siempre tenía como el deseo de ir a los hospitales, entonces me hice voluntaria de la Cruz Roja. En aquel

tiempo, ahora tengo 65, en mis 15 años, de ahí empecé a trabajar con enfermos. En el campo hospitalario, yo pienso que es muy importante que entiendas por lo que pasa el enfermo y las adaptaciones de GIM que se han ido haciendo tienen ver con cómo tú puedes ayudar con lo que el paciente presenta en este momento y que nos dice el GIM del poder de la imagen. Tiene un poder para ayudarte a lo necesitas, ¿Qué necesitas? Relajarte ahora, pues ¿Cómo lo hacemos? Y esa es la técnica MIR.

Revista ECOS: Una de las preguntas que habíamos pensado tiene que ver con lo que en un momento me hablo del método GIM como original. Esto que propuso originalmente Helen (N de E. Helen Bonny) ¿se ha modificado con los años con el correr de los años? ¿Cómo definiría actualmente el GIM?

Montserrat Gimeno: Lo que Helen hizo sigue ahí, no ha cambiado nada. Hay muchos más programas y música. El “practitioner” (N de E. practicante) tiene una “fellowship” (N de E. asociación). Cuando tú acabas la formación, la asociación si acabas, te da una

acreditación y se llama "fellow". Todos los que están acreditados pueden hacer GIM. Si tu no estas acreditado, ya no es tan ético, que también pasa. Helen dijo, "Lleva el método a todas partes". Entonces, cuando lo quieres llevar a un enfermo que se está muriendo, que esta terminal, no le puedes poner 45 minutos de música. Le pondrás, a lo mejor, diez y harás un foco más central, dirás "¿qué es con lo que necesitas encontrarte?", como a nivel espiritual, o quieres conectar con algún familiar con quien no has hecho las paces, lo que necesites. Entonces centras y haces el viaje, y lo haces cortito y ves cómo le das soporte. Entonces, lo que es el puro GIM, siempre es GIM, tú tienes una estructura en la sesión. Hay un prelude, en el cual tu creas "Relationship" con tu paciente, para entender en que momento estas, lo que necesitas en este momento, haces un foco para hacer el viaje y, el segundo paso es la inducción. En esta inducción tú ayudas al paciente que entre en un estado de relajación, que no siempre es una relajación profunda. La relajación es siempre como un

punte para que tú entres del estado "alert" (N de E. orientado) al estado alterado de la conciencia, tú puedes estar centrado en tu interior, y a partir de aquí, cuando has hecho esa inducción, das el foco y pones la música. La música, en el puro GIM, son los programas de Helen o programas que se han ido creando. Los programas de Helen no se modifican, pero otros programas que "practitioners" de GIM han ido creando. Eso programas tú los pones y la persona viaja y cuando empieza el viaje tu entras en un dialogo con el paciente, y en este dialogo preguntas "¿Qué vivencias, que experiencia tienes?" pueden ser corporales, cinesteticas, imágenes visuales, imágenes con un componente emocional. La imagen no es solamente una imagen que tú ves, por ejemplo, un campo. El "practitioner" lo que hace es estar al lado. Cuando hablamos de guiar no es que dice "Es por aquí, o es por allá, ahora abre la puerta". Tú no diriges la imagen, nunca, pero tú lo acompañas. Al principio le ayudas en esta relación de dialogo, que la persona empiece a explorar lo que ve y partir de aquí tú le ayudas a que

se centre en cosas importantes que va viendo, le ayudas a intensificar esta imagen. Por ejemplo, tú le puedes decir “Y ahora estas aquí, ¿Cómo te sientes, de que te das cuenta?” y él te lo va diciendo, a lo mejor se da cuenta de muchas cosas que le pasan. El “practitioner” tiene que saber cómo ayudarlo a que explore, a que este con la imagen, a acercarse más y si necesita entrar en una catarsis, que lo pueda hacer. Luego lo ayudas a regresar, es importante que regrese, lo vuelves al estado ordinario y luego se hace el proceso. Eso siempre es a raves de explorar las imágenes que han aparecido, de lo que la persona entiende de lo que le ha pasado. El proceso de entender. La mayoría de los “practitioner” usa la mandala como medio para procesar en la mandala. Eso es puro GIM. Luego las adaptaciones hacen esos cuatro pasos pero de manera diferente.

Revista ECOS: ¿Tiene adaptaciones según el contexto cultural? Usted me decía recién que la idea original de Bonny era expandir. Dependiendo del contexto ¿hay adaptaciones o se siguen usando los

mismos programas?

Montserrat Gimeno: En la estructura es siempre lo mismo, la idea es siempre la misma. Pero, por ejemplo, en China hay un joven que ha hecho programas con música china. Yo esos programas no los he escuchado, tengo ganas de escucharlos. Este verano hice tres presentaciones en China y hubo dos... en el conservatorio de... y están muy interesados en el GIM. Por ejemplo, yo sé que en Corea del Sur hay mucho GIM y hacen los programas clásicos de Helen, y a pesar de que sea otra cultura, es viaje similar, ya sea porque Corea del Sur es casi, no una colonia americana, pero está muy “western”. Pero, ahora que estoy en la India, yo me doy cuenta que hay cosas que no pueden ser iguales. No en la estructura pero, por ejemplo, algo muy importante en la India, todo forma parte de un todo que tiene que ver con una consciencia divina increíble y si, por ejemplo, la persona va a hacer un viaje tú tienes que estar muy consciente de que posiblemente esa persona va a hacer un trabajo transpersonal. En el MIR que tiene que ver con

experiencias que tú has vivido, el “practitioner” tiene que entender muy bien cual es lenguaje en la relación con las divinidades. Y la música. Tú, por ejemplo, no puedes utilizar unos que son cristianos con un hindú. No puedes mezclar, eso lo tienes que tener muy claro. Nosotros en Europa y en EEUU, ponemos... tu tomas lo que conoces desde afuera. La realidad es que cuando vas y te quedas un tiempo te das cuenta que la vida es completamente diferente, y nosotros no sabemos nada. Tienes que estar en la cultura, y ver cómo la gente vive y entender el sufrimiento, sus valores, entender de qué manera usan la música, de lo que les gusta. Yo que estoy haciendo esta propuesta desde EEUU, estoy haciéndola en dos partes. Estoy atendiendo una mujer hindú, la primera mujer en la India que ha hecho un programa de música y terapia en el hospital. Está en la Escuela de Medicina de “Mahatma Gandhi” y allí está haciendo lo que puede, con un programa de master, trabaja con recurso limitados pero la estoy asistiendo no solo en el trabajo académico y de observación sino en el nivel

de un trabajo investigación. Yo como que dependo de ella, es la “primer investigator”, si me dice “me gustaría que hicieras esto” lo hago, pero cuando yo he presentado mi trabajo de investigación del MIR en el... ahí yo soy la que manda y yo no me puedo venir con la idea. Porque ese trabajo que hice con esa técnica allí fue muy bien pero con que estoy aprendiendo... Ahora estoy ya conectada con un músico hindú, y un traductor.

Revista ECOS: Hay, se podría decir, un proceso de validación.

Montserrat Gimeno: Además, nosotros tenemos que ser muy flexible en todo lo que hacemos. Siempre le digo a mis estudiantes “Primero tienes que saber quién es tu paciente”, que necesidades tiene y después como la música puede ofrecer un canal para expresar, para comunicar, o para relajar o para hacer lo que tenga que hacer. Si nosotros vamos con nuestra “formulita” e intentamos ahí, darle la pastilla, es hasta una falta de respeto.

Revista ECOS: No es el objetivo del modelo...

Montserrat Gimeno: No, claro, porque el modelo lo que hace darte el poder a ti para que tú seas el que explora tu inconsciente, o el que atraviesa tu imagen y te relajas. Por ejemplo, la técnica MIR trabaja a través de una propia imagen que tú desarrollas a través de una experiencia tuya. Sabes que te ha relajado en otro momento

Revista ECOS: La técnica MIR son siglas

Montserrat Gimeno: Si. Música, imagen y relajación.

Revista ECOS: Y esto, ¿pertenece al programa de Bonny o es una adaptación que usted hizo?

Montserrat Gimeno: Es una adaptación que yo hice a partir de 7 años que estuve trabajando con música e imagen en oncología. La inspiración de esa técnica me vino cuando estuve asistiendo a una persona que quería muchísimo, la iban a operar de la columna. Ya era mayor y yo conocía experiencias que ella había tenido, le ofrecí y la ayude antes de entrar a quirófano. Esta experiencia que se dio de manera espontánea, me llevo a explorar como desarrollar esta técnica.

Revista ECOS: Tratando de encontrar algunas investigaciones sobre GIM, la mayor parte de las investigaciones que encontré tienen que ver con el fundamento o el efecto fisiológico que tienen las técnicas. Como afecta el sistema nervioso, sistema simpático y parasimpático. ¿Esto está contemplado? ¿El efecto fisiológico que tiene?

Montserrat Gimeno: El estudio que hice yo utilizamos todo lo que es “blood pressure” (N.deE. presión sanguínea), “respiratory rate” (N.de E. frecuencia respiratoria), o sea todas las medidas fisiológicas se tuvieron en cuenta antes y después de la sesión. Y lo que estamos haciendo en el “Mahatma Gandhi” también, las medidas fisiológicas se toman antes y después de la sesión. Además, también se mide el cortisol. Como una variable biológica. No hay muchos estudios, en general GIM están basados en estudios de caso. También Kathy Mc Kenny ha estudiado midiendo las endorfinas en depresión. Hay algunos estudios de investigación cuantitativa que utilizan mediciones fisiológicas, pero la mayoría son

estudios de caso. El estudio que hice había 30 pacientes que es como lo mínimo para que puedas dar cierta significancia. Me gustaría hacerlo con más pacientes y hacerlo con otros hospitales pero, bueno, poco a poco. También me gustaría poder trabajar con algún neurólogo que tenga interés en saber los efectos que tiene en el cerebro y que se ocupe de esa parte. El trabajo interdisciplinario es importante. Pero el primer paso es entrar por la puerta que se te abre y hacer lo que puedas hacer, poco a poco vas conectando.

Revista ECOS: Estudios en neuroimagen, entonces, no hay en GIM...

Montserrat Gimeno: Sí, sí que los hay. No recuerdo ahora el nombre de quien realizo uno hace poco, pero sí que los hay.

Revista ECOS: ¿Y en cuanto a criterios de exclusión o contraindicaciones?

Montserrat Gimeno: Claro que hay. Cuando yo te decía que para el GIM, el puro GIM, tú tienes que tener un “ego strenght” (N.de E. fortaleza interna), este es uno de los criterios. Tu no puedes un GIM a una persona que está pasando por una

depresión, una persona bipolar, da por descontado que no. Tiene que tener una cierta estabilidad. Tú puedes hacer música e imagen. Puedes utilizar la imagen, por decirlo de laguna manera, y la música, pero tienes que entender muy bien cómo hacerlo. Por ejemplo, la música clásica es muy expansiva y depende que programa, te expande muchísimo. Sin embargo, si tú tienes una pieza, una “new age”, lo has calculado y es repetitiva, que no varié mucho, que no tenga intervalos tremendos, ni mucha instrumentación, que te ayude que la imagen se mantenga en un punto en lugar de expandir, entonces puedes empezar con este tipo de música y puedes utilizar la imagen. Pero para el GIM, tienes que tener una persona que ya esté a punto, y que no tenga ningún síntoma psicótico, pero ninguno. Que no sea una persona que tenga problemas cognitivos. Entonces, demencias, psicóticos, y “ego strenght” serian. Después, tienen que estar en una etapa del desarrollo en que ya están formados, tú no puedes trabajar en GIM con niños. Con jóvenes, harás adaptaciones. Se

hacen también en grupos, pero son adaptaciones. Se llama GIM porque utilizan la imagen. El puro GIM, con los cuatro momentos que comente al comienzo, cuando tú haces una relación directa con tu paciente de comunicación verbal durante el viaje musical. Todo lo demás, aunque se llame GIM, son adaptaciones. Lo tienes que tener muy claro, porque si la persona no tiene la estructura necesaria. Con un niño por ejemplo, puedes trabajar a nivel concreto, puedes trabajar la imagen, como te identificas con ellas y de aquí evolucionas. Está en poder del niño, su imagen, su cuento, lo que quieras. El proceso evolutivo lo tienes que tener muy bien, donde está la persona. Porque el GIM es como la profundidad del océano y empiezas a bucear y lo que surge, tienes que saber también cómo cuidarlo, y como guía lo llevas a la superficie y le dices “No, aquí hay que cerrar”. Ver que tensión le crea al paciente, incluso cuando tú creas que la persona puede ir trabajando ese nivel, no siempre puede y tú tienes que saber. Por eso en la formación del GIM también es importante que entiendas el aprendizaje de

guiar, que conozcas muy bien lo que te puedes encontrar y saber cómo manejarlo. También tienes que intuir muy bien los programas de música y saber cuáles son las variaciones que hay en la música. Un cambio brusco, en la mente también te va a hacer saltar la imagen, es muy delicado. Muy interesante y muy curativo.

Revista ECOS: Con esto que me decía de la formación. Si algún estudiante o profesional de la Argentina estuviera interesado en la formación GIM, ¿Cuáles serían los requisitos? ¿Dónde podríamos hacerlo?

Montserrat Gimeno: Se puede hacer en todas las escuelas que están respaldadas por la Asociación de Música e Imagen en EEUU. Esta es una asociación que protege la profesión y que es la que da las “credentials” (N. de E. credenciales) para que puedas ejercer y que tiene los programas de música. Por ejemplo, has acabado con toda tu formación, y eres un “fellow” (N. de E. asociado), a partir de aquí tú dices “me gusta enseñar”. La asociación te indica los requisitos a cumplir y te haces “primary trainer”, que quiere decir un formador, ya

entonces tu puedes decir “A mí me interesa montar una escuela que enseñe el GIM”, entonces debes decir “este el programa de formación, esto es como lo haremos, estos son los libros, las practicas”, es decir todo un protocolo de estándares. Toda está escrito y estandarizado. Entonces está persona que ya es un “primary trainer”, un formador principal, manda esta propuesta para montar una escuela de formación, al comité educativo y el círculo de selección, te dice lo que te falta y lo revisa. Cuando te dicen que si, entonces tienes la autoridad de tener estudiantes y de enseñar el método. En EEUU hay diferentes escuelas. El Atlantis Institute¹⁹, diríamos que son de las escuelas más pioneras que hay, y hay otras escuelas. En esas escuelas tienen profesores. Yo, por ejemplo, soy un profesor del Atlantis Institute, que es una escuela que está aprobada por la AMI. Tienes que trabajar con una escuela que tenga toda su formación aprobada.

Revista ECOS: ¿Y el primer nivel de

formación sería el “fellow”?

Montserrat Gimeno: No, eso es cuando acabas. Si tú quieres formarte tienes que buscar una escuela que tenga su formación aprobada por la Asociación. Cada una tiene que enseñar el currículo que la asociación dice. Como lo enseñas puede ser diferente. Entonces dices “Este lleva más tiempo pero también enseñan las adaptaciones” y en lugar de tres años, va a durar cinco. Por ejemplo en el Atlantis Institute dan un énfasis a la adaptación de música e imagen, a lo mejor hay alguien que le interesa más y empieza por aquí y luego acaba con el GIM. Pero en lugar de tres años, que es lo que normalmente dura la formación, a esa persona le lleva cuatro o cinco y le cuesta mucho más dinero. Puedes aprender esas técnicas, también a través de otras escuelas. Por ejemplo, Atlantis Institute, no enseña la música y la imagen, pero sí que te enseña como tú tienes que utilizar programas específicos para gente que no puede tener un programa largo de GIM. La MIR es tan

¹⁹ Atlantis Institute for Consciousness and Music

nueva que todavía no hay publicación, hay muchas prácticas pero todavía no se conoce bien. En lo que es estándar, Atlantis Institute tienes tres módulos. Tres niveles. Y cada nivel, es un módulo de cuatro o cinco días, pero en el tercer nivel tienes tres módulos, entonces en total tú te vas encontrando cada medio año y en esos seminarios o módulos que son de cuatro o cinco días. Cada módulo tiene sus aprendizajes, objetivos. Cuando acabas, que en el medio tienes que hacer lecturas, tienes que hacer prácticas, sesiones personales. Hay un curriculum que tienes que cumplir. Cuando tú acabas estos cinco seminarios, entonces ya has acabado con todo, y estas en un nivel de “master” y la asociación te da la “fellowship”, pero tú para entrar puedes necesitas una licenciatura, un “master” en salud mental. Puede ser musicoterapia, psicología, lo que sea, pero en salud mental. Puedes estar haciendo la carrera mientras haces la formación de GIM, pero la terminar tienes que tener un nivel de

estudios de maestría. Cuando acabas puedes ser un “practitioner”, a y partir de aquí, luego si quieres ser maestro, lo que ya te explique antes.

Revista ECOS: Entonces como “fellow” yo ya puedo, en caso de que lo haga en el exterior, volver a mi país y practicar

Montserrat Gimeno: Claro. Ahora en Barcelona, nosotros estamos enseñando el GIM, y la primera promoción ya está en el seminario cuarto, les queda el que hacemos en Enero. La segunda promoción empezamos el año que viene. También hay otra formación que está en el norte de España, en Victoria, la dirige Esperanza Torres.

Revista ECOS: ¿y usted está en Barcelona?

Montserrat Gimeno: Si, yo estoy en Barcelona. Cuando tengo el receso en EEUU, durante el invierno y durante el verano. El del verano es largo, son tres meses. No te los dan de vacaciones, sino para que te formes como profesor y cuando yo aprovecho y doy el GIM. Aquí la asociación²⁰

²⁰ Asociación Argentina de Musicoterapia

me ha mostrado interés en traerlo aquí, para que la gente interesada no tenga que ir a España, EEUU, Australia.

Revista ECOS: Entonces, en América, excepto en EEUU...

Montserrat Gimeno: En Latinoamérica, en México hay y en Colombia también. En Colombia ahora hay un programa con un chico que no está hace muchos años, pero está a punto de ser “primary trainer”, trabaja con una estadounidense. También

del Atlantis Institute, quienes están enseñando en Colombia, en México, en Barcelona. El de México, desde que se marchó Ginger no sé cómo funciona. Creo que hay dos personas que enseñan en México. Pero el de Colombia se está moviendo mucho, y aquí en la Argentina, a ver si se puede llevar a cabo.

1 de octubre del 2016

Asociacion Argentina de Musicoterapia

Artículo de interés general

Consultas frecuentes sobre Matriculación y Monotributo.

Pensa Elena & Godetti Erica

Comité Editorial Revista ECOS

Asociación Argentina de Musicoterapia

Resumen

En respuesta a preguntas frecuentes entre colegas que comienzan a dar sus primeros pasos en el ámbito laboral como musicoterapeutas profesionales; hemos recopilado aquellas instancias que comprenden aspectos que hacen a la organización y administración de la documentación necesaria para cumplir con el marco legal del ejercicio profesional. El crecimiento de la demanda de musicoterapia por parte de distintos sectores de la salud y el marco legal que ha dado la **Ley 27.153** hace necesario, no solo que cada uno de los profesionales regularice su situación en todos los tramites que les competen, como así también que insten a otros colegas.

1. ¿Cómo puedo tramitar la Matricula Nacional?

Para tramitar la Matricula Nacional de Musicoterapeuta en CABA, se debe gestionar un turno online en la siguiente dirección

<http://rups.msal.gov.ar/turnos/solicitar/matriculacion>

Atención: Los turnos otorgados por el Ministerio de Salud pueden demorar hasta 15 días. Para obtener un turno de matriculación deberán poseer la fecha de expedición de su título universitario.

La documentación a presentar para la Matriculación es la siguiente:

1. DNI (original y copia)
2. Constancia de CUIT (se puede descargar de la siguiente dirección:

<https://seti.afip.gov.ar/padron-puc-constanciainternet/consultaconstanciaaction.do>

3. Título original²¹.
4. Copia del Título (reducción) en doble faz con todos los sellos posteriores.

Esta copia puede gestionarse en el Ministerio de Salud en una fotocopiadora que se

²¹ Los títulos que se hayan expedido a partir del 2012 no requieren legalización en el Ministerio de Educación o Ministerio del Interior. Los títulos expedidos a

partir de 2017 otorgados por las casas de estudios con dichas instancias cumplidas.

encuentra en planta baja. Puede hacerse el día que concurre a la matriculación.

Con toda la documentación, se abona un arancel por el trámite (el cual puede consultar en la página del Ministerio de Salud), toman una fotografía en el momento y se retira con la matricula.

2. ¿Cómo puedo tramitar la Matricula Provincial?

Este trámite solo puede realizarse en la ciudad de La Plata, tiene validez en toda la Provincia de Buenos Aires.

Trámites previos a la matriculación:

Concurrir a cualquier sucursal del Banco Provincia o de la red de BAPRO-PAGOS y realizar:

- a) Interdepósito por la suma de ciento ochenta y cuatro pesos (\$ 184) en la cuenta corriente nº 1696/2 sucursal 2000 del Banco Provincia a nombre de la Dirección de Fiscalización Sanitaria.
- b) un timbrado en hoja en blanco por valor de \$17.-
- c) sacar dos fotocopias a cada comprobante.

Se sugiere hacer este trámite con anterioridad al día de la matriculación. Ante cualquier inconveniente se puede realizar dichos pagos en la sucursal del Banco Provincia de calle 13 y 48 (La Plata) cuyo horario de atención es de 8 a 13 hs.

El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a 12 horas y el trámite se realiza en el

día, previa solicitud de turno via web en:

[http://www.ms.gba.gov.ar/ en la pestaña "RUP - Turno Matriculas"](http://www.ms.gba.gov.ar/ en la pestaña)

Concurrir el día y hora del turno a la Dirección de Fiscalización Sanitaria, Departamento de Ejercicio de las Profesiones, Calle 51 nº 1120 (entre 17 y 18, a 3 cuadras de la plaza Moreno del lado de la Catedral)

Es necesario concurrir con la siguiente documentación:

- a) Comprobantes de los pagos efectuados en Banco Provincia (original y 2 fotocopias A4)
- b) DNI original y fotocopia A4 de 1era, 2da hoja y cambio de domicilio.
- c) Título o Diploma original legalizado²² y fotocopia A4.
- d) Impresión del comprobante del turno.

3. ¿Qué es el Registro Nacional de Prestadores (RNP) y como ser parte del mismo?

Es el Registro público en el que se inscriben los prestadores de servicios de atención y rehabilitación a personas con discapacidad de todo el país que hayan sido categorizados o recategorizados de conformidad con las normas reglamentarias y complementarias de la Ley Nº 24.901 y, por lo tanto, forman parte del padrón de prestadores a nivel nacional. El Servicio Nacional

²² Los títulos que se hayan expedido a partir del 2012 no requieren legalización en el Ministerio de Educación o Ministerio del Interior. Los títulos expedidos a

partir de 2017 otorgados por las casas de estudios con dichas instancias cumplidas.

de Rehabilitación tiene a su cargo la inscripción, permanencia y baja de la totalidad de las instituciones inscriptas en el Registro Nacional de Prestadores.

El trámite es gratuito. La inscripción al Registro permite a los prestadores formar parte del Sistema Único de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad, facturar sus prestaciones de conformidad con el nomenclador vigente para ellas y celebrar en ese marco contratos con las Obras Sociales Nacionales u otros obligados a financiar las prestaciones (arts. 2º y 7º de la Ley N° 24.901). El Registro no es habilitante, por lo cual los prestadores pueden funcionar regularmente sin estar inscriptos en el mismo.

En la siguiente pagina pueden encontrar los datos para la inscripción en el mismo:

<https://www.snr.gob.ar/inscripcion-al-registro-o-categorizacion/>

4. ¿Cómo tramito el Monotributo?

El monotributo es una forma de pagar impuestos simplificada y de bajo costo para favorecer a los trabajadores independientes. Te permite emitir facturas, tener cobertura médica para vos y tu familia y acceder a una jubilación.

El primer paso es contar con un CUIT, clave fiscal y datos biométricos (escaneo del DNI, toma de foto, firma y huellas digitales). Esto se solicita en la dependencia de AFIP que corresponda según el domicilio fiscal, podés tomar un turno online en la página de la AFIP o acudir directamente a la dependencia correspondiente.

Podés consultar la dependencia más cercana a tu domicilio a través de la web:

<https://servicios1.afip.gov.ar/genericos/buscadordependencias/dependencias.aspx>

El domicilio fiscal es el del local o establecimiento, o el domicilio de residencia en caso que la actividad no se desarrolle en un lugar fijo.

Tenés que llevar:

- a) Original y fotocopia de tu DNI o de la documentación que acredite tu identidad.
- b) 2 de las siguientes constancias del domicilio fiscal:
 - Original y fotocopia del certificado de domicilio expedido por autoridad policial.
 - Original y fotocopia del acta de constatación notarial.
 - Original y fotocopia de alguna factura de servicio público a nombre del contribuyente o responsable.
 - Original y fotocopia del título de propiedad o contrato de alquiler o de "leasing", del inmueble cuyo domicilio se denuncia.
 - Original y fotocopia del extracto de cuenta bancaria o del resumen de tarjeta de crédito, cuando el solicitante sea el titular de tales servicios.
 - Original y fotocopia de la habilitación municipal o autorización municipal equivalente, cuando la actividad del solicitante se ejecute en inmuebles que requieran de la misma.

Una vez que te des de alta tenés que hacer algunas operaciones antes de comenzar a desarrollar tu actividad:

Darte de alta en la obra social elegida

Si pagás una obra social con tu monotributo, tenés que acercarte a un centro de atención de la misma a darte de alta y/o hacer el trámite de derivación de aportes.

Presentar la declaración jurada de salud en ANSES

Asignaciones Familiares

Habilitar medios de facturación

El sitio te va a indicar si te falta algún dato para poder hacer facturas electrónicas o solicitar talonarios para pedir facturas en papel en una imprenta.

En ambos casos tenés que declarar el domicilio de tu o tus puntos de venta.

Para solicitar la impresión de facturas, notas de crédito, notas de débito, remitos, etcétera, antes de concurrir a la imprenta, deberás solicitar el "Código de Autorización de Impresión" (CAI).

Consultar con el organismo de rentas tributarias de tu provincia

Según la provincia en la que vivas y en la que trabajes, tenés que hacer un trámite para vincular el monotributo de AFIP con los impuestos que tenés que pagar a nivel provincial.

Además periódicamente tenés que cumplir con ciertas obligaciones:

Pagar el monotributo

Podés pagar hasta el día 20 de cada mes, generando un volante electrónico de pago (VEP) desde este mismo sitio.

Recategorizarte o confirmar tu categoría

Los períodos de recategorización son cada 4 meses: en enero, mayo y septiembre, y cuando llegan tenés que evaluar tu actividad de los últimos 12 meses (facturación, gastos en locales y demás). Si hubo cambios en alguno de estos aspectos, tenés que ingresar con tu clave fiscal para recategorizarte informando los nuevos datos, de manera que el sistema te indique en qué categoría deberías estar.

En enero y mayo tenés la posibilidad de que, si no hubo modificaciones en el desarrollo de tu actividad, no ingreses a realizar ningún trámite.

Por el contrario, durante el mes de septiembre quienes no deban recategorizarse, tendrán que confirmar su categoría de forma obligatoria hasta el 20 de ese mes, ingresando a la opción "Mi categoría" que se habilitará en ese período tanto para ese trámite, como para la recategorización.

Téfonos y direcciones útiles:

Ministerio de Salud: Lima 340 (9 de julio y Moreno)

<https://www.argentina.gob.ar/salud>

Registro Nacional de Prestadores- Superintendencia de Servicios de Salud:

<https://www.sssalud.gob.ar/?page=principalprest>

Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires

Dirección de Fiscalización Sanitaria
Área Habilitaciones - Departamento de Ejercicio de las Profesiones

Obtención de la Matricula Profesional:
Teléfono para consultas (0221) 429-2808

<http://www.ms.gba.gov.ar/matriculacion-rup/>

Revista ECOS

Directrices para los Autores

Los envíos se realizarán mediante la dirección de correo de la Revista ECOS (ecos.asam@gmail.com). La convocatoria de recepción de trabajos permanece abierta constantemente. A continuación se presentan las directrices para la elaboración y envío de los diferentes artículos.

Los autores que deseen publicar en ECOS deberán enviar el manuscrito, incluyendo la filiación institucional y un CV reducido de no más de 200 palabras. En todos los casos los manuscritos presentados deberán ser originales e inéditos y no podrán presentarse textos que estén siendo simultáneamente sometidos a consideración en otras publicaciones. Los autores deberán enviar, además de su manuscrito, una declaración de autenticidad y conflicto de intereses.

Pautas generales de formato

Formato del archivo y márgenes

Todos los manuscritos (independientemente del tipo de contribución que constituyan) deberán ser presentados en formato .doc, .docx o .odt. El tamaño de la página será A4. Deberán utilizarse márgenes de 2,54 cm (inferior, superior, izquierdo y derecho). Fuente, interlineado y alineación: Todos los manuscritos deberán utilizar fuente Times New Roman, Arial o Calibri de tamaño 12, y estar alineados a la izquierda (justificados). El interlineado del texto deberá ser doble (incluso para las referencias bibliográficas).

Anonimato

Dado que la Revista utiliza un sistema de referato de doble ciego, el autor no debe consignar su nombre ni filiación institucional debajo del título del trabajo. Los Editores utilizarán en la publicación la filiación institucional y el CV abreviado que los autores enviaron justo al manuscrito.

Títulos

Se seguirán las pautas de formato propuestas por las Normas APA en su 6ta edición (2009)

Nivel	TÍTULOS EN APA
1	Centrado en Negrita con Mayúsculas Iniciales y Minúsculas Luego el párrafo comienza debajo con una sangría de 5 espacios como un párrafo normal.
2	Alineado a la Izquierda en Negrita con Mayúsculas Iniciales y Minúsculas Luego el párrafo comienza debajo con una sangría de 5 espacios como un párrafo normal.
3	Con sangría, negrita, minúsculas y punto final. El párrafo comienza seguido del punto en la misma línea del título.
4	<i>Con sangría, negrita, cursiva, minúsculas y punto final.</i> El párrafo comienza seguido del punto en la misma línea del título.
5	<i>Con sangría, cursiva, minúsculas y punto final.</i> El párrafo comienza seguido del punto en la misma línea del título.
Para títulos de nivel 3 al 5, la primera letra de la primer palabra del título va en mayúscula y las restantes en minúscula (excepto para sustantivos propios y la primera palabra seguida del punto).	

Tablas

Las tablas deberán ser numeradas con números arábigos en el orden en que ellas son citadas en el texto. Éstas deberán tener una breve leyenda descriptiva. Las tablas no podrán repetir la información contenida en el texto, y se atenderán a los formatos del manual de publicaciones de la APA en su sexta edición.

Figuras

Serán numeradas con números arábigos y deberán tener una breve leyenda descriptiva. Deberán ser insertadas en el cuerpo de artículo el formato .png, .tif, .jpeg. La resolución de las imágenes no será menor a 300 dpi.

Otro material multimedia

Además de imágenes y tablas, se permite el envío de material multimedia para adicionar mediante links en la publicación digital de la revista (audio, y video). En el artículo deberá hacerse expresa mención a dicho material ampliatorio. De ser preciso asesoramiento para el alojamiento de los archivos, se solicita contactar al comité editorial a través del correo electrónico ecos.asam@gmail.com

Estilo de escritura

El estilo de escritura general, las referencias en el texto y la lista de referencias al final del manuscrito deberán seguir los lineamientos del manual de **estilo de publicaciones de la APA en su 6ta Edición (2009)**. Además, deben observarse de la mejor manera posible el estilo, la gramática y la ortografía de la lengua en que están escritos los manuscritos. El uso de la letra cursiva se evitará al máximo. Sólo se utilizará para destacar conceptos importantes y para señalar la presencia de expresiones en otros idiomas. La revista no fomenta el uso de notas, pero, de haberlas, deberán consignarse como notas al final del manuscrito, antes del sector de Referencias Bibliográficas (en ningún caso como notas al pie)

Tipos de artículos

ECOS publica los siguientes tipos de artículos:

- **Artículos de investigación científica y tecnológica o informes de estudios empíricos u originales.** Estos expresarán de manera detallada resultados originales de investigaciones científicas terminadas, y como contenido se estipulan los siguientes capítulos o apartados: Introducción (planteamiento del problema, desarrollo de antecedentes, objetivos, propósitos y fundamentación de la investigación); Método (metodología, participantes,

herramientas o instrumentos, procedimiento); Resultados (reporte riguroso, exhaustivo y suficiente de la información obtenida a partir de la aplicación de los instrumentos, a partir de un análisis estadístico (o interpretación si fuera de corte cualitativo) que esté apoyado en tablas y figuras con sus respectivos títulos y numeración secuencial según su orden de aparición –se asumen como figuras las gráficas, dibujos, fotografías-, cuadros interpretativos); Discusión (los hallazgos deben ser evaluados desde los fundamentos –teóricos– de la investigación y desde su significado en el contexto mismo de donde se obtuvieron, sus implicaciones o importancia, alcances y limitaciones, amén de las posibles investigaciones que se derivarían de ellos).

- **Artículos de revisión.** Producto de investigaciones terminadas que analizaran, sistematizaran e integraran los resultados de investigaciones, publicadas o no, en un campo de la ciencia o de la tecnología, que den cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo, y caracterizado por una rigurosa revisión bibliográfica de al menos 50 referencias actualizadas y especializadas en el tema abordado.
- **Estudio de caso.** Es un método particular de investigación cualitativa que profundiza y examina longitudinalmente un caso o evento específico. Para ello se observan de forma sistemática los eventos y datos, se analiza la información y se presentan los resultados, relacionándolos con la teoría
- **Artículos cortos o informes de avance.** Presentaran los adelantos de una investigación, ofreciendo todas las secciones de un informe de estudio empírico, descrito anteriormente, entendiéndose que se presentarán sólo resultados preliminares en la sección correspondiente a tal fin.
- **Reflexiones:** a cargo de un profesional especialista. Documento que presenta resultados de

investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. Estos expresarán de manera detallada aspectos de una temática seleccionada, y como contenido se estipulan los siguientes capítulos o apartados: introducción, desarrollo y conclusión.

- **Estudio de caso:** Es un método particular de investigación cualitativa que profundiza y examina longitudinalmente un caso o evento específico. Para ello se observan de forma sistemática los eventos y datos, se analiza la información y se presentan los resultados, relacionándolos con la teoría
- **Nota Clínica.** Reflexión sobre el desarrollo de un caso clínico.
- **Ensayo:** Plantea y desarrolla un punto de vista personal sobre un tema, sin el aparato documental y el rigor metodológico propio de los otros tipos de artículos. Importa la originalidad y profundidad del texto.
- **Presentaciones en eventos científicos** (Congresos, jornadas, seminarios)

ECOS rechazará todos aquellos artículos que implícita o explícitamente contengan experiencias, métodos, procedimientos o cualquier otra actividad que sigan prácticas poco éticas, discriminatorias, ofensivas, agresivas, etcétera; o aquellos que, de presentar, no expresen claramente cualquier tipo de conflicto de intereses, quedando entonces a juicio del Comité Editorial su publicación.

Normas de presentación

Los artículos que se envíen a ECOS deberán estar estructurados de la siguiente manera:

- Página 1 . Debe aparecer el título del artículo (siguiendo las normas vigentes de la APA); título abreviado no mayor a 50 caracteres, apareciendo en la parte superior de cada una de las páginas del artículo; los posibles agradecimientos a los apoyos recibidos para la construcción del mismo. Si el artículo hace parte de un proyecto de investigación, éste deberá indicarse junto con las fechas de inicio – finalización, y con las entidades ejecutoras y financiadoras.
- Página 2. Incluirá nuevamente el título del artículo; el resumen del mismo, que no deberá ser menor a 100 palabras ni superior a las 200 indicando, entre otras, el tipo de artículo que es (Original o de investigación, de reflexión o revisión, etcétera); las palabras clave no podrán ser más de 6 ni menos de 3, expresando con precisión el contenido del trabajo y teniendo como guía los criterios establecidos.
- Tercera página. Se iniciará la exposición del trabajo propiamente dicho, con las secciones ya presentadas en el apartado de Artículos de investigación científica y tecnológica o informes de estudios empíricos u originales. Estos artículos, así como los de reflexión, de revisión, informes de avance, estudios de caso y metodológicos no podrán exceder las 25 páginas a doble espacio, en tamaño de letra de 12 puntos, incluyendo las 2 páginas antes mencionadas, las gráficas, dibujos, fotografía, etcétera, y las referencias. Las reseñas, reflexiones y entrevistas tendrán una extensión mínima de 3 y máximo 5 páginas, excluyendo las páginas de referencias; los artículos teóricos o revisiones de temas no excederán las 15 páginas, todos estos a doble espacio y letra de 12 puntos. En estos últimos artículos, de la página 3 en adelante, el o los autores deberán tener en cuenta en sus escritos como secciones, las siguientes: Introducción, desarrollo y conclusiones, además de las referencias. Debe aclararse que estas no serán las denominaciones de los capítulos o apartados, por tanto no necesariamente serán sus nombres o identificación, solo la estructura a cumplir dentro de estos artículos.

Independientemente del idioma en el que sea presentado cualquier artículo, tendrá que incluir en la primera página, en español y en inglés, lo siguiente: el título (title), resumen (abstract) y palabras clave (key words).

Veronika Diaz Abrahan, Erica Godetti & Elena Pensa

Comité Editorial Revista ECOS

Asociación Argentina de Musicoterapia.